FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PIERRE JOUBERT

Contribution à l'Etude de la Lèpre

LÉSIONS DITES OTORHINOLARYNGOLOGIQUES

Président : M. JEANSELME, *Professeur*

EDITIONS DE LA REVUE " LE FEU "
AIX-EN-PROVENCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE, MONSIEUR LE PROFESSEUR

JEANSELME

PROFESSEUR DE CLINIQUE DERMATOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

LEMAITRE

OTORHINOLARYNGOLOGISTE

DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

DANS LES

HOPITAUX

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Chez presque tous les malades atteint de Lèpre, on trouve des lésions au niveau de la bouche, du nez, du larynz et de ses dépendances. Nous avons eu l'occasion, dans le service de notre Maître, M. le Professeur agrégé Lemaître, de pratiquer quelques examens otorhinolaryngologiques chez des lépreux et nous avons été frappé par les caractères de ces lésions. Nous avons cherché à les grouper et à essayer de les définir. Une trentaine de malades étaient hospitalisés dans les divers services de l'hôpital, en particulier dans le service de notre Maître et président de thèse, M. le Professeur Jeanselme ; la plupart de ces malades sont en traitement et à des périodes différentes. Le but de notre travail est de suivre l'évolution de la maladie dans les différentes régions otorhinolaryngologiques, de montrer les caractères variés des lésions suivant la forme de lèpre des malades et suivant les tissus sur lesquels se manifestent ces lésions.

Afin de mieux exposer notre étude clinique, nous la ferons précéder d'un aperçu général de l'évolution de la maladie, aperçu théorique et schématique. Nous grouperons ensuite nos observations sous forme de tableau synoptique, montrant l'ensemble des lésions, leur forme, la prédominance de leurs localisations suivant la forme de lèpre envisagée, l'âge de la maladie et le traitement suivi par les malades.

Un chapitre de Bactériologie et une description microscopique complèteront l'Etude morphologique des lésions observées et décrites dans l'Etude clinique.

Enfin, nous envisagerons la thérapeutique locale et surtout la prophylaxie de la maladie du point de vue de l'O. R. L.

Puis suivront les observations détaillées et les conclusions.

Nous remercions notre maître et président de thèse, M. le Professeur Jeanselme, de l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter et de la faveur qu'il nous a faite en nous fournissant les éléments de notre travail. Nous lui en sommes respectueusement reconnaissant ; puisse-t-il trouver ici l'hommage de notre gratitude.

Notre maître, M. le Professeur agrégé Lemaitre, en nous accueillant dans son service, et en nous enseignant notre spécilité nous a donné maintes preuves de sa sollicitude. Nous lui exprimons toute notre affection respectueuse et notre entier dévouement.

Nous remercions également M. le Docteur Civatte pour l'aide précieuse qu'il nous a prêtée, et M. le Docteur Aubin de l'intérêt qu'il nous a témoigné.

CONSIDERATIONS GENERALES SUR L'EVOLUTION DE LA LEPRE

La Lèpre est une maladie infectieuse, produite par le bacille de Hansen, du groupe des Acido-Résistants. Elle existe à l'état endémique dans certaines régions, elle est contagieuse mais nous ignorons le mode de contagion et d'inoculation.

Elle a une évolution lente, paroxystique, coupée de période plus ou moins longues de rémission.

On lui reconnaît deux formes principales : une forme tégumentaire (peau et muqueuse) et une forme neurotrophique. Ces deux formes peuvent se combiner et donner des formes mixtes.

Elle provoque sur les téguments des lésions fermées, qui sont les taches et les lepromes. Ces lepromes peuvent s'ulcérer et des troubles trophiques déterminent la formation d'ulcérations. Ces manifestations ont comme caractère constant l'anesthésie. Toutes les formes ouvertes favorisent la dissimination des bacilles ; mais il existe d'autres voies d'émission, le mucus nasal lorsqu'il y a des lésions de la pituitaire, les organes génitaux (l'uréthrite est très fréquent), les crachats et les selles quelques fois, rarement les larmes.

Nous montrerons dans notre travail combien l'atteinte de la muqueuse de l'orifice digestif et respiratoire supérieur est fréquente, quel rôle important elle peut jouer dans cette dissimination des bacilles.

NOM	NEZ	BOUCHE	PHARYNX	LARYNX	OREILLE				
					OR. EXTERNE	TYMPAN	OR. MOYENNE	EXAMEN AUDITIF	EXAMEN VESTIBULAIRE
AND... FRÈRE (16 ANS) Début à 10 ans. Lèpre tuberculeuse. Né en Crète	*Début par rhinite.* Actuellement : déformation progressive, lésions intra-nasales. Examen positif.	Depuis un an : nodules au palais.	Normal.	Normal. Voix normale.	Pavillon déformé, infiltré. Cicatrices blanchâtres. Conduit normal.	A droite, légèrement rétracté ; à gauche, légèrement rétracté.	Catharre tubaire depuis quatre mois.	Diminution de l'audition par l'air.	Pas de troubles.
AND... CATHERINE (18 ANS) Début à 15 ans. Lèpre tuberculeuse. Née en Crète.	Début vague et tumeur au dos du nez qui évolue en deux ans comme une gomme. Signes généraux intenses. Actuellement : déformation nasale, mutilations, lésions intranasales (ulcérations). Examen positif.	Début par léprome au palais, ulcérations. Actuellement : ulcération de la luette, aspect lupique au palais.	Quelques ulcérations.	Normal. Voix normale.	Pavillon déformé, cicatrice blanchâtre. Conduit normal.	Normaux.	Normal.	Normal.	Normal.
AND... HÉLÈNE (17 ANS) Début à 17 ans. Née en Crète.	*Début par rhinite* catharrale; pas de signes généraux. Examen positif.	Normale.	Normal.	Normal.	Normal.	Normaux.	Normal.	Normal.	Normal.
BAL... (51 ANS) Lèpre tuberculeuse.	Début vague. Actuellement : mutilations nasales, disparition du lobule, jetage et obstruction nasale. Examen positif.	Actuellement : infiltration des lèvres, nodule, 2 à 3, léprome de la luette. Sur la langue : plaques d'aspect leucoplasique, ulcération d'aspect lupique du palais. Nodules sur la langue.	En 1921, pas de lésion. Actuellement : nodule sur le pilier Ant. gauche.	Voix enrouée. Epiglotte mutilée. Laryngite chronique. Infiltration du vestibule.	Pavillons déformés, infiltrés, décollés du crâne, cicatrices de nodules.	A droite, normal. A gauche, rétracté, grisâtre, le manche fait une saillie.	Catharre tubaire. Lésions probables, surtout à gauche.	Diminution de l'audition par l'air à gauche ; par l'os plus marquée à gauche. Champ auditif XVII à 32. D G normal air 20 28 40 os 10 10 20	Pas de troubles. Normal.
COU... MÈRE (42 ANS) Lèpre tuberculeuse.	*Début par rhinite.* Actuellement : déformation, mutilation, affaissement de l'orifice narinaire. Obstruction nasale. Perforation de la cloison. Disparition des cornets Inf. Examen positif.	Lésions d'aspect lupique sur le voile et le palais. Cinq nodules sur la langue. Trois plaques d'aspect leucoplasique.	Nodule sur le pharynx et les piliers post. Granulations dans le cavum (analogue à celles du voile).	Infiltration cartonneuse de l'épiglotte éversée en arrière. Végétations framboisées sur les arythénoïdes. Voix enrouée.	Pavillons infiltrés, conduits normaux.	A droite et à gauche, terne, grisâtre et rétracté.	Catharre tubaire. Troubles de l'oreille moyenne. Bourdonnements.	Weber latéralisé à gauche. Montre O.D. O.G. N. os + 0 = air 5 c/m 0 12 c/m Champ auditif réduit 14/64 16/64 18/64	Hypo-excitabilité.
COU... LÉON (16 ANS) Lèpre tuberculeuse. Début à 4 ans. (Mazagan).	Début vague. Cloison infiltrée. Catharre nasal. Examen positif.	Normale.	Normal.	Normal. Voix normale.	Normal.	Normaux.	A fait une otite, moyenne grippale, pas de B.H. dans le pus.	Légère diminution pendant quelques jours (otite); actuellement (3 mois après), normal.	Normal.
DEL... (14 ANS) Début à 12 ans.	*Début par rhinite et épistaxis.* Actuellement : nodules sur le nez (lobules). Cloison infiltrée. Obstruction par croûtes. Examen positif.	Normale.	Normal.	Normal. Voix normale.	Normal.	Normaux.	Normal.	Normal.	Normal.
GERM... LÉON (31 ANS) Début il y a 3 mois. Forme maculeuse et paralysie de la jambe gauche.	*Au début* rien du côté nasal. Actuellement: épistaxis. Cloison infiltrée. Ulcération de 3 m/m sur la tache vasculaire. Examen négatif.	Normale.	Normal.	Normal. Voix normale.	Normal.	Normaux.	Normal.	Normal.	Normal.

NOM	NEZ	BOUCHE	PHARYNX	LARYNX	OREILLE				
					OR. EXTERNE	TYMPAN	OR. MOYENNE	EXAMEN AUDITIF	EXAMEN VESTIBULAIRE
LAF... FEMME (36 ANS) Forme maculeuse. Début à 10 ans, à Castagniès (A.-M.). Née à Nice.	*Début :* quelques épistaxis. En 1910 : catharre nasal, obstruction, croûtes. Actuellement : bourgeons du pourtour, large perforation de la cloison, infiltration de la sous-cloison (biopsie), cacosmie, mouche des croûtes fétides, affaissement du lobule.	Actuellement : dentition abimée. Langue rouge, irrégulière. Placard d'aspect leucoplasique (5) polycyclique.	Normal.	Infiltration limitée à l'épiglotte. Légère infiltration du vestibule. Voix normale.	Pavillons normaux. Pas de troubles de la sensibilité.	Normal.	Normal.	Normal.	Normal.
RE.... (51 ANS) Début en 1915. Forme nerveuse. Mort de variole en octobre 1926. A vécu aux colonies.	Début vague. Actuellement : obstruction nasale, complète, ulcération et infiltration de la cloison. Examen positif.	Actuellement : érosions d'aspect lupique à la partie Ant du palais.	Mucopus dans le cavum.	Voix enrouée (très légèrement. Aspect normal.	Pavillons normaux.	A droite et à gauche, légèrement rétracté.	Quelques bourdonnements. Catharre tubaire.	Quelque peu diminuée.	Normal.
SCH... OUSSIE (49 ANS) Forme tuberculeuse. Début il y a 3 ans, en Bessarabie. A fait la guerre russo-japonaise.	Début vague. Actuellement : déformation et ulcération de la peau, grosse perforation de la cloison, destruction du cornet Inf. gauche, catharre nasal abondant. Examen positif.	Actuellement : lépreme sur les lèvres, nodule du frein de la langue, glossite, anesthésie lépreme bourgeonnant en choufleur 1/3 post. de la langue. Voile infiltré, ulcération d'aspect lupique. Biopsie.	Granulations. Infiltration des piliers.	Grosse infiltration du vestibule, aspect granuleux. Epiglotte infiltrée. Voix enrouée.	Pavillons déformés, décollés, infiltrés sur le lobule et le bord, rouges et desquamés.	Rétractés et ternes.	Normal.	Audition peu diminuée.	Normal.
TAR... PIERRE (22 ANS) Forme maculeuse. Début il y a 3 ans. Né en Nouvelle-Calédonie.	Début par catharre nasal et épistaxis. Actuellement : nez déformé en coup de hache, un nodule sur aile gauche, lobule infiltré. Epistaxis : synéchie cornet Inf. à la cloison, à G et à D, muqueuse infiltrée, petite ulcération superficielle de la cloison à G. Examen positif.	Actuellement : un tubercule sur la lèvre Sup. Aspect leucoplasique des joues. Langue normale.	Normal.	Normal.	Normal.	A droite, rétracté, manche saillant.	Catharre tubaire.	Légère diminution de l'audition par l'air à droite.	Excitation galvanique. + sur oreille droite, chute avec 2 milliampères vers la droite = hyper-excitabilité. + sur l'oreille gauche, chute avec 8 milliampères vers la gauche = hypo- excitabilité.
THE... EUGÈNE (53 ANS) Forme nerveuse. Début en 1913, à 40 ans. Fils mort de lèpre en 1926, à 17 ans.	Début vague. Actuellement : nodule sur le lobule, déformation et affaissement, perforation de la cloison, disparition du cornet Inf. G., synéchie du cornet Inf. à la cloison. Examen positif.	Normale.	Normal.	Voix normale.	Normal.	Rétractés, ternes, manches saillants.	Catharre tubaire, bourdonnements par intermittence.	Légère diminution de l'audition des deux côtés par l'air.	Normal.
TUR... FEMME (50 ANS) Lèpre tuberculeuse. Née à la Guadeloupe. Début à la Guadeloupe.	Début vague. Il y a quatre ans mouche des croûtes. Epistaxis. Actuellement : nez déformé, affaissé, obstruction nasale complète.	Actuellement : lèvres fendillées ulcérées. Langue : hypertrophie papillaire, cicatrice vernissée. Plaques d'aspect leucoplasique. Palais : lésions d'aspect lupique (ulcérations). Voile détruit, piliers infiltrés.	Brides cicatricielles. Synéchie du voile à la paroi postérieure. Troubles de la déglutition.	Voix très voilée. Epiglotte presque complètement détruite, aspect en bourrelets granuleux. Infiltration des arythénoïdes, recouvert de granulations, sous-glotte peu visible, troubles de la déglutition.	Pavillons infiltrés.	Rétractés et ternes.	Catharre tubaire, bourdonnements.	Diminution de l'audition par l'air.	Normal.
VERG... (42 ANS) Forme nerveuse. Début à 53 ans.	Début vague. Troubles généraux. En 1921, mouche de croûtes, cacosmie. Actuellement : infiltration de l'aile du nez à D., coryza tenace, mouche des croûtes sancloison, disparition du cornet guinolentes, infiltration de la Inf. à D.	Actuellement : lépreme du palais, Voile, luette, piliers ant., langue : normaux. Salive : examen positif.	Normal.	Normal. Voix rauque (légèrement)	Pavillons normaux.	Normaux.	Normal.	Audition diminuée à gauche pendant plusieurs mois. Actuellement, normale.	Normal.
YOU... AHMED, TURC (29 ANS) Début en 1921, à Fez. Lèpre tuberculeuse.	Début en 1921, par coryza, épistaxis. Actuellement : nez infiltré, ment, perforation de la cloi- pigmenté fauve, pas d'écoulement, cicatrice blanchâtre, cornet Inf. disparu. Examen positif.	Palais : cicatrice blanchâtre. Luette : rouge, infiltrée. Examen salive : 0.	Nodules sur le pilier postérieur. Cicatrices brunâtres sur la paroi postérieure.	Voix voilée. Infiltration des arythénoïdes. Epiglotte infiltrée, fauve, déformée. Vestibule infiltré. Cordes rosées.	Pavillons normaux. Conduit rétréci à droite.	A droite, rétracté et terne. A gauche, saillie du manche plus marquée.	Troubles à gauche.	Diminution de l'audition à droite et à gauche par l'air. (weber) latéralisé à gauche ; par l'os diminuée à droite. droite 17 à 64 gauche 18 à 64	Normal.

ÉTUDE CLINIQUE

LE NEZ

Le nez est le lieu d'élection de lésions lépreuses, au début ou au cours de la maladie ; les lésions du début sont souvent bénignes et peuvent passer inaperçues ; leur évolution est souvent entre-coupée de longues périodes de rémission.

DEBUT

Coryza. — Le coryza lépreux est fréquemment isolé ; c'est souvent le premier signe de la maladie. Il peut coïncider avec l'éruption des premières taches ou des nodules, il leur est plus rarement postérieur.

Il se manifeste par un écoulement aqueux ; assez abondant, insidieux, bien rarement accompagné de signes généraux marqués. Il a les caractères d'un coryza banal.

Quelquefois, on peut observer des épistaxis et quelques démangeaisons de l'orifice narinaire.

Il a une évolution bénigne, mais il est souvent tenace. Les sécrétions peuvent, ou non, contenir des bacilles.

Léprome de la Cloison. — A l'examen du nez on constate un aspect rosé, normal, de la muqueuse, sauf au niveau du pied de la cloison. Souvent, il s'y trouve une légère infiltration, molasse, indolore, anesthésique. C'est un léprome. Cette manifestation est caractéristique et si nous y prélevons quelques copeaux de muqueuse on y trouve des globies. Et l'observation de ce léprome du pied de la cloison, est capitale pour orienter le diagnostic.

Rhinite. — Il se produit fréquemment de l'obstruction nasale et les lésions de la muqueuse évoluent en deux temps :

Phase d'hypertrophie: Les cornets sont volumineux, rouges, accolés à la cloison dont le revêtement muqueux et épaissi, infiltré, molasse. Les sécrétions nasales s'évacuent mal, et tombent dans le cavum. On observe ainsi du catarrhe rétronasal, et quelquefois des signes de catarrhe.

On peut observer des poussées inflammatoires vers le canal lacrymal provoquant du larmoiement et même de la dacryocystite aiguë suppurée.

Epistaxis. — La muqueuse hyperhémiée est le siège de petites hémorragies peu abondantes, se produisant souvent spontanément, plus fréquentes lorsque des signes généraux apparaissent.

ETAT

Phase d'atrophie. — Evoluant comme les rhinites hypertrophiques banales, cette rhinite lépreuse se caractérise par une modification histologique de la muqueuse nasale.

La muqueuse perd sa souplesse, son caractère érectile. Peu à peu les cornets inférieurs s'atrophient ; il pâlissent et la muqueuse se plaque sur la charpente cartilagineuse.

A cette période, l'examen montre les cornets réduits à deux bandelettes inégales, fibreuses, pâles ; la muqueuse nasale est tomenteuse, sèche, tapissée de croûtes brun-verdâtre ; quelquefois le nez est encombré de croûtes qui simulent l'ozène, mais n'en ont ni l'odeur caractéristique ni la couleur.

Perforations. — A une période plus avancée, lorsque de nombreuses lésions ont évoluées, on observe des perforations de la cloison.

Siège. — Au niveau du cartilage, dans la région de la tache vasculaire.

Aspect. — Ces perforations sont, en général, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, ovalaires, comme faites à l'emporte-pièce ; on peut les observer à deux stades différents.

1° *En évolution :* le bord est tomenteux, rouge-violacé, saignant facilement, recouvert de croûtelles noirâtres. Au toucher on a une sensation mollasse. Elles sont anesthésiques.

2° *Evoluées :* l'aspect et tout différent, le bord est net, pâle ; la muqueuse semble tendue sur la charpente cartilagineuse.

MODIFICATION DE LA CHARPENTE NASALE

En même temps que ces lésions, apparaissent des lésions externes. Ce sont des nodules sur l'orifice narinaire, le lobule est infiltré.

L'arête nasale est modifiée et s'effondre par suite de la destruction de la cloison. Généralement, cet effondrement se produit au niveau de la portion cartilagineuse ; on observe, comme dans la syphilis, la formation du nez en lorgnette ou en coup de hache.

Gomme lépreuse du Nez. — Une lésion peu fréquente est la gomme : elle siège sur le dos du nez. Elle évolue lentement, peut s'accompagner de phénomènes généraux très intenses, par poussées successives, correspondant peut-être à des décharges de bacilles dans l'organisme. Elle ressemble, et par son siège et par sa forme, à une gomme syphilitique. Le contenu, au contraire, est un liquide séreux, hyalin, contenant en abondance des globies. Il semble qu'elle n'atteigne pas les plans osseux et cartilagineux de la pyramide nasale, car on n'observe pas de déformation lorsque la cicatrisation s'est faite.

CAVITES ACCESSOIRES DES FOSSES NASALES

Nous n'avons pas observé de troubles du côté des sinus, les examens diaphanoscopiques et radiographiques faits chez différents malades ont été négatifs.

Il semble cependant que les cellules ethmoïdales soient touchées lorsque les malades font de la rhinite atrophique, on constate assez souvent, en effet, des traînées de pus dans le méat moyen.

TROUBLES DE L'OLFACTION

Il ne semble pas que des troubles se manifestent du côté de l'olfaction, l'odorat semble conserver.

Toutefois les obstacles à une circulation normale de l'air dans les fosses nasales entraînent une diminution de l'odorat et on observe soit dans les formes de rhinite hypertrophique du début soit dans les délabrements de la charpente nasale.

BOUCHE

Au niveau de la bouche, au début de la maladie, les lépromes son rares, toutefois, le léprome de cette région peut être la première manifestation de l'infection lépreuse.

MORPHOLOGIE DES LESIONS

Suivant la région, nous considérerons deux groupes de lésions, celles des muqueuses en général et celles de la langue.

Premier Groupe

Lésions du palais, de l'arcade gingivale et des joues : nodules ou ulcérations.

Nodules. — Un nodule peut apparaître tout au début, précédant quelquefois, disent les malades, les phénomènes de rhinite ; c'est une tumeur de la grosseur d'un pois atteignant son volume en peu de jours, sans signes généraux ; assez souvent ces nodules sont mollasses, anesthésiques, de couleur rouge violacé s'ils sont jeunes et alors on aperçoit quelques varicosités à leur surface, témoins de l'hyperplasie du tissu conjonctif et de la gêne circulatoire locale. Plus tard, ils se transforment, deviennent fauves ou brunâtres et évoluent de deux façons :

a) ou bien ils se résorbent, c'est le mode le plus fréquent, laissant à leur place un placard blanc-nacré scléreux, insensible ;

b) ou bien ils s'ulcèrent.

Ulcération. — Les ulcérations peuvent apparaître soit primitivement d'emblée soit être secondaire à un nodule. On

les rencontre de préférence au niveau du palais. Elles s'étendent assez rapidement jusqu'à leur maximum et restent alors stationnaires.

Aspect. — Nous distinguerons trois zones :

1° *L'ulcération elle-même* de contour généralement ovalaire, le grand axe d'avant en arrière ; souvent unique, elles peuvent cependant être deux ou trois et quelque fois confluentes. Peu profondes, à fond rouge violacé, piquetées d'un semis de grains jaunâtres ; elles rappellent l'aspect du lupus des muqueuses buccales. Saignant peu, elles offrent au toucher une consistance fibreuse et semblent s'arrêter au plan profond de la muqueuse : nous n'avons pas observé de perforations de la voûte. Elles sont anesthésiques, indolores, évoluent avec lenteur et ne suppurent pas.

2° *Bords.* — Les bords sont peu élevés, hyperémiés : on remarque un léger bourrelet contigu à l'ulcération elle-même. Le bourrelet n'est pas décollé et il circonscrit l'ulcération d'une ligne à peu près continue.

3° *Zone limitrophe.* — Brusquement, la muqueuse redevient normale ; il n'y a pas de zone inflammatoire marquée. La muqueuse ne présente aucune réaction et les signes de son intégrité sont évidents.

La lésion est, en somme, comme le nodule, limitée.

Au niveau de la luette et du frein de la lèvre supérieure ou inférieure, les nodules peuvent avoir d'autres caractères : nous avons observés une hypertrophie de ces deux organes ; la portion libre s'hypertrophie, la zone d'implantation semble au contraire se rétracter. C'est ainsi que le frein de la langue prend un aspect plurilobé, comme si un ou deux lépromes s'y étaient développés simultanément.

Cicatrices. — Le plus souvent on ne trouve que les cicatrices de ces lésions et elles présentent des caractères spéciaux.

Les cicatrices de nodules sont moins étendues que celles des muqueuses buccales, les lésions sont presque de niveau avec la muqueuse saine. Elles ont un aspect fibreux, sont adhé-

rentes à la couche profonde, pas rétractiles par suite de la destruction du tissu élestique sous-jacent. Généralement elles ont une forme étoilée ; à leur niveau le modelé de la muqueuse palatine a disparu.

Deuxième Groupe

Au niveau de la langue dont la structure diffère de celle des muqueuses buccales, les lésions ont un aspect très différent.

Leprome végétant de la Langue. — Il semble être une forme spéciale de cet organe. C'est une tumeur, d'aspect papillomateux surélevée d'un demi-centimètre environ, formée de plusieurs faisceaux. Pour le décrire nous considèrerons :

1° *La tumeur*, de couleur rosée, plus pâle que la muqueuse environnante, la surface libre est granuleuse, bosselée, en chou-fleur. Elle siège dans la moitié postérieure de la langue, en avant du V lingual.

Ferme au toucher, elle semble formée de trousseaux conjonctifs et ne paraît pas extérieurement très vascularisée; on n'y observe pas de varicosités comme à la surface des nodules.

Elle a le caractère des autres lépromes : anesthésie, évolution lente ; nous n'avons pas observé de points ulcérés.

2° *Les limites* : Cette masse semble s'arrêter net sur son pourtour ; la muqueuse devient immédiatement et sans transition, normale. Elle paraît s'enfoncer profondément dans les tissus sous-jacents, et l'étude histologique faite au chapitre III la décrit. On n'observe aucune réaction dans le voisinage pas plus que dans le territoire lymphatique et ganglinnaire.

TOPOGRAPHIE DES LESIONS

Il y a des localisations fréquentes et d'autres qui dont plus rares. Généralement on observe des ulcérations sur le

palais. La forme nodulaire, plus rare se montre au contraire au niveau du frein de la langue et de la base de la langue à l'union du pilier antérieur.

La langue est rarement touchée cependant.

Les gencives et les joues sont généralement indemnes.

LES DENTS

La dentition ne paraît pas être le siège de lésions spécifiques. Nous avons observé des caries dentaires nombreuses, mais de types différents, il ne semble pas qu'il y ait une prédominance d'un type particulier.

En outre, les lésions de gingivite tartrique sont presque constantes, et semblent dues à un manque d'hygiène plus qu'à des troubles spécifiques ; néanmoins, le terrain peut jouer un certain rôle dans leur apparition.

TROUBLES DU GOUT

Au niveau des lésions, en plus de l'anesthésie que nous avons observé d'une façon constante, il semble que le goût soit émoussé ou aboli : c'est ainsi que les solutions amères, sucrées ou acides ne sont pas perçues, d'ailleurs les malades qui ont de grosses lésions linguales ou palatines ont perdu le goût de leurs aliments.

LE PHARYNX

Les lésions du pharynx sont analogues aux lésions buccales. On retrouve la même morphologie.

Siège des Lésions. — Le voile est souvent le siège d'un ou plusieurs nodules au niveau du bord libre et de la luette. Plus rarement on en rencontre au niveau des piliers et sur la paroi pharyngée nous n'avons observé aucune lésion des amygdales ; cependant, M. le Professeur Jeanselme a décrit une amygdalite lépreuse.

Conséquences. — Les cicatrices et les troubles secondaires sont importants, il entrainent de la gène fonctionnelle et des phénomènes inflammatoires du côté de l'oreille.

Le voile se présente souvent mutilé ou bridé par des cicatrices qui lui enlèvent sa mobilité. Le bord libre présente des encoches, des pertes de substance qui entrainent des troubles de la déglutition et de la phonation.

Les synéchies peuvent l'accoler à la paroi postérieure du pharynx ; il se forme alors des recessus où s'accummulent les sécrétions nasales : elles entretiennent à la fois de l'infection de voies respiratoires et des phénomènes inflammatoires du côté de la Trompe ; nous avons ainsi observé de vastes brides barrant l'orifice pharyngien, limitant un cavum plein de mucopus fétide.

LE LARYNX

Le larynx présente deux ordres de lésions :

D'une part des lésions spécifiques.

D'autre part des lésions inflammatoires banales, et celles-ci sont très fréquentes.

LESIONS SPECIFIQUES

Morphologie des Lésions

On retrouve les lésions que nous avons déjà décrit ; les nodules sont rares. La forme diffuse s'y rencontre fréquemment ; les formes bourgonnantes et les ulcérations moins souvent ; elles semblent dépendre de la structure de la région.

Nous considérerons l'épiglotte, le glotte et le vestibule.

Epiglotte. — L'infiltration de l'épiglotte existe souvent sans occasionner de troubles notables. A l'examen, on constate parfois une épiglotte hypertrophiée, irrégulière, de teinte violacée ou fauve. Elle est projetée en arrière, perd de sa mobilité et recouvre l'orifice laryngé. Chez un de nos malades, traité d'ailleurs depuis de nombreuses années, nous avons observé une épiglotte fauve, dont la couleur tranchait sur la muqueuse environnante. Elle recouvrait l'orifice laryngé, au point de ne pas permettre la vue des cordes pendant l'expiration. Présentant un bord presque régulier, d'environ deux milimmètres d'épaisseur, elle avait une surface unie ; peu mobile, il nous a fallu la récliner en avant avec un crochet pour continuer l'examen du larynx et nous avons été frappé de sa consistance spéciale : très molle, se laissant déformer par l'instrument, elle

reprenait ensuite sa position en clapet comme une feuille de caoutchouc. L'infiltration semblait se limiter à l'épiglotte.

A côté de ces formes d'infiltration, nous avons trouvé des nodules siégeant sur le bord libre et le déformant. Ils sont en général de la grosseur d'un pois dont la base infiltrée est peu nette, et se confond avec le tissu environnant. Ils sont de couleur brun fauve, analogues à ceux de la face, et paraissent peu sensibles ; nous n'avons pas trouvé de lépromes ailleurs que sur le bord libre.

Enfin, l'épiglotte peut être tapissée de petites végétations, surélevées d'environ un demi-milimètre, à limites assez nettes ; ce sont des sortes de petites plaques, à surface irrégulière et piquetée, rappelant un peu l'aspect d'un papier de verre à gros grains. Généralement situées vers le bord libre, elles peuvent en modifier le contour, qui devient irrégulier, festonné. Ces formations ont une teinte plus pâle que la muqueuse environnante, mais sont piquetées de points brunâtres ; ces lésions sont analogues aux formations que nous avons décrites, sur le palais et le voile, et quelquefois la similitude d'aspect qu'elles présentent au niveau du palais, du voile et du larynx est frappante

Lorsque ces différentes lésions ont évolué (et il ne nous a pas été possible d'en suivre la marche), elles peuvent aboutir à des mutilations de l'épiglotte. C'est ainsi que cet organe peut subir des pertes de substance considérables, dont les conséquences, au point de vue fonctionnel, sont graves. Chez un malade soigné, il ne restait qu'une languette rosée, avec des traînées de tissu cicatriciel plus pâle ; large seulement d'un centimètre, réduite en hauteur, rigide, scléreuse, elle avait un pourtour irrégulier et difforme, ne rappelant en rien l'organe sain. Obturant imparfaitement l'orifice laryngé, les sécrétions du pharynx et du cavum peuvent aisément infecter le larynx et l'arbre respiratoire, et c'est là une des causes de l'infection trachéo-bronchique du lépreux, la barrière mécanique contre l'infection descendante n'existant plus.

Arythénoides. — Les replis arythénoïdes sont le siège de productions bourgeonnantes, en chou-fleur qui semblent se

limiter à la muqueuse. Cependant les mouvements sont quelquefois réduits.

Vestibule. — La muqueuse du vestibule laryngien peut être atteinte par le processus d'infiltration. Mais nous n'avons trouvé ni des nodules, ni des ulcérations.

Glotte. — Les cordes et les bandes ventriculaires nous paraissent indemnes de lésions spécifiques.

Ces malades ont constamment des troubles de la voix, qui sont dûs à de la laryngite catharrale banale. Les cordes sont plus ou moins régulières, rosées, variqueuses. Il y a fréquemment des signes d'arthrite.

Les phénomènes douloureux sont constants dans les formes avancées, et semblent plus marqués au moment des poussées. Les lésions sont la conséquence des troubles pharyngés et des délabrements de la filière nasale.

L'OREILLE

Nous diviserons son étude en trois paragraphes :

a) Oreille externe ;

b) Oreille moyenne et examen auditif ;

c) Examen vestibulaire.

Pavillon. — Les lésions du pavillon coïncident presque toujours avec celles de la face. Elles débutent rarement à ce niveau et varient suivant la forme de la maladie.

Dans la lèpre tuberculeuse, lorsque le visage et les téguments sont parsemés de nodules, on trouve au niveau du pavillon les mêmes éléments. Ils se développent de préférence au niveau du lobule et sur le bord du pavillon. Nous n'en avons pas trouvé sur la conque. Ces nodules laissent des cicatrices, qui déforment l'organe, et le bord libre présente une série d'encoches de couleur pâle et vernissée. Dans la forme léonthiasique, les oreilles participent aux poussées d'infiltration, le lobule et le pavillon semblent seulement être touchés. L'oreille est écartée de la mastoïde, en éventail ; le lobule peut augmenter de trois fois son volume, et le bourrelet du pavillon devient de la grosseur du petit doigt, contrastant avec l'aspect presque normal de la conque. Des troubles trophiques et des ulcérations peuvent se manifester, les lésions sont en général indolores, et l'anesthésie à peu près complète.

Enfin, nous pouvons seulement constater des changements de coloration ; les téguments de l'oreille prennent comme le visage la teinte bistre, caractéristique et donnent au toucher une sensation spéciale. Il peut y avoir ou non anesthésie de la région.

Conduit Auditif. — Le conduit auditif ne présente pas de lésions caractéristiques, même lorsqu'il y a de grosses lésions du pavillon.

En résumé, ce sont les tissus qui adhérent au plan profond, de l'oreille externe qui sont le siège des lésions lépreuses.

Oreille. — L'aspect du tympan indique presque toujours une atteinte de l'oreille moyenne. Les malades font généralement de la rhino-pharyngite chronique, qui retentit sur la trompe et la caisse.

Le catharre tubaire du début, dont les malades se souviennent quelque fois, aboutit souvent à une sténose de la trompe et suffit à expliquer la diminution de l'audition chez quelques uns. Leur tympan est enfoncé, grisâtre, le manche du marteau saillant ; l'éclairement de la membrane ne produit pas de triangle lumineux ; ils font de l'otite moyenne sèche ; la membrane de shrapnell est d'aspect normal.

Nous n'avons observé qu'une otite moyenne suppurée aiguë au cours d'une rhino-pharyngite aiguë. Nous en donnons plus loin l'observation. L'état du nez a dû favoriser l'infection de la caisse. Obstruction nasale, suppuration rétronasale. Tous les deux jours nous avons régulièrement prélevé du pus s'écoulant par le conduit, et à l'examen (coloré par la méthode de Ziehl) nous n'avons pas trouvé de bacilles de Hansen. Peut-être en aurions-nous trouvé dans la muqueuse de la caisse. L'évolution a été celle d'une otite moyenne suppurée banale, et l'audition est redevenue normale rapidement.

Examen auditif. — Les épreuves auditives faites chez nos malades nous ont révélé peu de choses ; diminution plus ou moins marquée de l'audition, chez quelques uns, par lésion de l'oreille moyenne.

Du côté de l'oreille interne, sauf chez deux malades, les résultats des épreuves ont été normaux. Chez les deux malades en question, l'atteinte du nerf auditif semble d'ailleurs peu marquée.

Examed vestibulaire. — Il nous a fourni peu de rensei-

gnements ; nous ne l'avons d'ailleurs pratiqué que chez ceux de nos malades qui étaient les plus touchés.

Dans un cas nous avons noté de l'hypo-excitabilité du nerf vestibulaire, peu marquée d'ailleurs. Dans un autre cas, au contraire, l'excitation galvanique nous a révélé une légère hyper-excitabilité d'un seul côté, avec réaction normale de l'autre.

Nous pouvons donc penser que la lèpre n'atteint pas le nerf auditif alors qu'elle se localise volontiers sur les nerfs périphériques.

En résumé. — En dehors des lésions des parties molles de l'oreille externe, qui suivent le processus d'invasion de la face, l'oreille n'est touchée que secondairemnt dans sa partie moyenne. Les troubles auditifs, assez rares d'ailleurs ne sont que la conséquence :

1° des lésions de la trompe ;

2° d'otite moyenne sèche consécutive à une perméabilité insuffisante de la trompe d'Eustache.

L'oreille interne paraît indemne.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Bien souvent les malades ne viennent consulter qu'à une période déjà avancée de la maladie et la question du diagnostic différentiel ne se pose pas. Les lésions concomittantes des téguments ou des troubles nerveux confirment le diagnostic.

Mais tout au début, nous avons vu que le malade peut présenter :

soit de la *rhinite ;*

soit des *ulcérations du voile du palais ;*

soit un *nodule.*

De ces trois manifestations, la plus importante est la première.

Rhinite. — La rhinite lépreuse est insidieuse, tenace, hypertrophique et catharrale. Elle s'accompagne souvent d'épitaxis. Les cornets sont quelque fois normaux, le plus souvent l'hypertrophiés : mais le gros signe, est le léprome du pied de la cloison avec son infiltration mollasse, pâle ou rosée, anesthésique, insensible. Les signes généraux sont inconstants.

Cette rhinite peut être confondue avec toutes les inflammations chroniques ou subaiguës de la muqueuse nasale. Un élément seul va la caractériser : la présence de globies dans le produit de grattage du pied de la cloison.

Ulcérations. — L'ulcération lépreuse du voile ou de la muqueuse du palais ressemble à une ulcération lupique : elle est plate, piquetée d'un semis jaunâtre sur fond rouge ; ne saigne pas, est indolore et insensible. Ses bords sont ovalaires, peu élevés ; il n'y a pas, ou presque pas de zone inflammatoire

importante ; ils ne saignent pas, donnent une sensation fibreuse ; et il n'y a pas de bourrelet.

L'ulcération ne gagne pas en profondeur comme dans la syphilis ; les bords ne sont pas décollés ; il n'y a pas de pus.

L'évolution est variable, la cicatrisation quelque fois spontanée, laissant une cicatrice fibreuse, blanc nacré en étoile. Le squelette n'est pas touché.

Nodule. — Le nodule se rencontre généralement sur les piliers, ou sur le voile ; il est brun fauve, mollasse, indolore, et à les caractères des nodules externes. Il apparaît par poussées, avec ou sans signes généraux.

De ces lésions, la moins caractéristique est la rhinite ; la notion d'origine du malade, d'histoire des antécédents personnels, le séjour dans des pays à lèpre pourront guider le diagnostic.

Mais quelque fois le problème se pose d'une façon différente. Une lésion nouvelle ou inattendue apparaît au cours d'une lèpre en évolution.

La Gomme. — Est-ce une manifestation lépreuse ou une manifestation syphilitique ? L'aspect morphologique est le même. La gomme peut apparaître au niveau du nez au point d'élection de la syphilis nasale.

D'après l'observation que nous avons recueillie, nous constatons que le malade a présenté les signes suivants :

signes généraux marqués.

température oscillante qui a fait songer un instant à une mélitococcie.

Seule une ponction exploratrice a tranché le diagnostic, au lieu de retirer un liquide roussatre, épais, amicrobien comme dans la syphilis, on se trouve présent d'un liquide clair, séreux, renfermant des bacilles.

Enfin nous avons vu que l'on peut observer au niveau de la langue, des tumeurs végétantes, papillonateuses, d'aspect néoplasique. Il n'y a pas de ganglions, pas de phénomènes douloureux. La tumeur a des limites nettes, pas de signe d'inflammation de voisinage, pas d'empatement, seul l'aspect morpho-

logique peut faire songer à un néoplasme. La biopsie nous montre des bacilles en abondance.

En somme, dans le cas douteux, que la lésion apparaisse au début et comme premier symptôme de la maladie, quelle soit une forme atypique de la lèpre, un signe capital enlèvera toute hésitation et fera le diagnostic : l'examen microscopique de la lésion.

BACTÉRIOLOGIE

TECHNIQUE DES PRELEVEMENTS

Nous avons examiné le mucus nasal, et des frottis de muqueuse.

Mucus Nasal. — Nous considérerons deux cas :

1° L'écoulement est très abondant. Il suffit de prélever un peu des sécrétions nasales à la surface de la pituitaire, avec un porte-coton. On étale le mucus et on fixe à la flamme.

2° Il n'y a pas d'écoulement ou il est insignifiant. On administre au malade une solution d'iodure de potassium (pendant deux ou trois jours), le catharre nasal qui s'en suit contient fréquemment des globies.

Frottis de Muqueuse. — C'est la technique préconisée par M. le Professeur Jeanselme. On pratique une rhinoscopie antérieure, on débarrasse la muqueuse de ses sécrétions et on badigeonne la région du pied de la cloison avec une solution de novocaïne au vingtième. On gratte quelques copeaux de muqueuse avec une petite curette,, et on étale le produit de raclage sur une lame. On fixe à la flamme, et on colore par les

procédés habituels (Ziehl, acide azotique au tiers, bleu de méthylène).

Les bacilles se détachent en rouge sur fond bleu : on les trouve généralement amassés en globies, mais on peut apercevoir des bacilles isolés.

Résultats. — L'examen du mucus nasal nous a donné des résultats négatifs alors que le frottis de la pituitaire nous montrait des bacilles.

Ce dernier procédé est bien plus précis que le premier, en outre il permet une vue directe de la muqueuse, dont l'aspect peut déja préciser le diagnostic : infiltration, consistance mollasse et anesthésie. Chez nos malades, nous avons presque toujours pratiqué nos grattages sans aucune anesthésie de la région.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons suffisamment décrit l'aspect morphologique des lésions au cours de notre étude clinique ; nous étudierons dans ce chapitre leur aspect microscopique.

Nous donnerons: 1° une description de la pituitaire, empruntée au travail de notre Maître et Président de thèse, M. le Professeur Jeanselme, description qui a été publiée dans son article sur les localisations du bacille de la lèpre dans les divers organes. *Presse Médicale,* 1900, p. 382.)

2° Une description de léprome de la langue.

Première Préparation. — Lambeau de la pituitaire au niveau d'un léprome de la cloison .(Jeanselme, *Presse Médicale,* 1900, p. 382.)

« Le tissu lépreux qui s'était substitué au derme était formé de cellules dont la plus part paraissaient conjonctives. Les globies étaient si nombreux que même après décoloration la coupe gardait une nuance rose vif.

Ils étaient groupés en petits amas dont les uns étaient incorporés dans les cellules, les autres seulement accolés à celles-ci. En beaucoup de points les bacilles formaient aux éléments une coque complète, au centre de laquelle on pouvait encore apercevoir le noyau de la cellule.

Çà et là étaient disséminés des boules presque exclusivement composées de bacilles : dans ces globies de récente formation il n'y avait pas de vacuoles et la glée n'occupait qu'une place minime. Presque toujours j'ai pu distinguer dans ces colonies les cellules qui leur avait servi de centre de formation.

Le foyer de l'infiltration, dans la plus grande partie de son étendue affleurait la couche profonde de l'épiderme. Au

premier abord la structure de celui-ci ne paraissait pas modifiée. Cependant un examen attentif démontrait la présence des bacilles distribués en petits paquets dans la couche crenelée de malpighi. Quelques bacilles avaient pénétré dans le corps même de ces cellules et étaient couchés contre le noyau. En un point la barrière epithéliale était forcée ; de nombreux amas bacillaires, libres et entrainés par des cellules migratrices s'étaient répandus dans la couche de malpighi, encore reconnaissable aux gros noyaux pâles des epithéliums. »

Deuxième Préparation. — Lésion au niveau de la face dorsale de la langue, lésion en choufleur, papillomateuse, formée de quatre à cinq faisceaux, dépassant la surface linguale de 5 m/m environ. Prélévement à la lancette, sans anesthésie locale.

Préparation fixé à *S 4*, colorée à = Hématéine-éosine et Ziehl.

Description Microscopique. — Sous le microscope le léprome des muqueuses dermo-papillaires ressemble beaucoup au léprome de la peau. Il est fait comme lui d'un infiltrat homogène qui forme de larges nappes où des boyaux enchevétrès. Dans les muqueuses, la limitation de ces masses d'infiltration est moins nette que dans le derme très dense de la peau.

Au contact des plans musculaires cet infiltrat s'insinue entre les faisceaux, le dissocie et envoie assez profondément des prolongements effilés comme dans le léprome cutané.

Cet infiltrat est constitué, presque exclusivement, de cellules d'un type assez particulier, plus ou moins abondantes dans une masse de tissu très collagène.

Ce sont des cellules dérivées des fibroblastes, avec un noyau qui rappelle celui de ces derniers, mais il est plus considérable, plus volumineux.

En quelques points on voit un cytoplasme, assez étendu, granuleux, avec noyau central ou excentrique, d'ailleurs il est impossible de voir autour de ces noyaux aucune trace de cytoplasme.

C'est dans la partie où les cellules sont le plus tassées, les unes contre les autres, qu'on voit le mieux les limites cellu-

laires en certains points ces cellules sont toutes au contact les unes des autres, il n'y a pas de tissu inter-cellulaire et il peut y avoir comme une apparence de tissu.

Dans les parties où les gros noyaux sont très disséminés il est rare de trouver un cytoplasme distinct. Le noyau a l'air de plonger directement dans le tissu précollagène ; à peine quelque fois est-il entouré d'une bordure mince de cytoplasma déchiqueté.

Outre ces cellules si particulières, on trouve encore çà et là des lymphocytes, quelques plasmocytes, et quand on se rapproche de la surface d'une ulcération quelques polynucléaires neutrophiles.

Dans la coupe qui nous a fourni la meilleure matière d'étude, c'est dans la partie superficielle de l'infiltrat, celle qui emplit le corps papillaire très hypertrophié, que se trouve le plus de cellules probablement d'origine sanguine, (lymphocytes et polynucléaires). Mais c'est là aussi que l'on retrouve le plus de cellules lépreuses. C'est là qu'elles se touchent et prennent l'aspect xanthomateux.

Les bacilles se trouvent dans tout le léprome ; on les voit en amas très serrés. Dans les cellules lépreuses à large cytoplasma qu'elles remplissent presque entièrement, on en trouve beaucoup moins, dans les portions où les cellules lépreuses semblent avoir perdu leur cytoplasma, par contre on en voit la un semis très régulier, dans toute la substance collagène, comme si l'éclatement des cellules, les avait laissé se répandre dans la substance inter-cellulaire.

Dans les parties où les cellules lépreuses, bourrées de bacilles de Hansen, sont très abondantes, on voit de plus quelques bacilles, disséminés dans les espaces inter-cellulaires. On en trouve moins dans les vaisseaux sanguins et les lymphatiques.

En Résumé. — Le léprome des muqueuses est analogue au léprome de la peau, il est constitué par des cellules dérivées des fibroblastes. Les bacilles de Hansen, s'y montrent, non amassés en globies, mais disséminés dans de vastes cellules lépreuses.

THERAPEUTIQUE

A) LOCALE

Nous laisserons de côté l'étude du traitement général, pour ne parler ici que traitement local. Nous envisagerons les différentes formes de lésions.

Nodules. — Nous avons vu que les nodules évoluent de deux façons : ou ils s'affaissent et disparaissent (d'eux-mêmes ou par le traitement général) ou bien ils s'ulcèrent et dans ce cas le traitement local peut intervenir : nettoyage et cautérisation chimique ou ignée de la plaie.

Ulcérations. — Il faut les traiter comme le lupus des muqueuses : l'acide trichloracétique pur, donne de bons résultats. On peut faire un à deux attouchement par semaine.

Formes Végétantes. — L'excision, lorsque la lésion devient un obstacle à l'alimentation, peut être envisagée, excision au galvanocautère de préférence.

Mais bien souvent ce sont les séquelles qu'il faudra traiter et les plus importantes sont les cicatrices vicieuses et les synéchies. Tantôt il faudra rétablir la perméabilité nasale, tantôt sectionner des brides du cavum, entrainant des troubles de la déglutition. Le galvanocautère est très utile, la dilatation

mécanique de la filière nasale au moyen d'un drain de caoutchouc peuvent rétablir un fonctionnement suffisant de l'organe.

La laryngite, quelque fois douloureuse, peut être calmée par des inhalations de poudres calmantes ou des cautérisations à l'acide lactique.

En somme, il n'y a pas de traitement spécial de ces lésions. Il ne faut retenir que l'emploi des caustiques, et le fait que les lésions sont anesthésiques rend les petites interventions très simples. Il ne faut pas perdre de vue le traitement général qui seul peut améliorer les malades.

B) PROPHYLACTIQUE

Dans notre étude nous avons été frappé de la fréquence, pour ne pas dire la constance, de bacilles dans les sécrétions nasales. Nous avons vu que presque toujours, au début de la maladie, ou à une période avancée on trouve du bacille de Hansen dans la muqueuse nasale. D'autre part, le coryza est fréquent. Les malades sèment des bacilles partout où ils se trouvent, et la prophylaxie de la maladie doit tenir une grande part à ces faits.

Le dépistage de la lèpre dans les pays à lèpre endémique doit être basé sur un examen fréquent du nez, sur les examens de la muqueuse, dans les cas de coryza tenace, et suspect.

Dans les centres d'imigration, les ports, un contrôle sévère doit être fait, un service de recherches, pourrait facilement tre organisé: un miroir de clar et une curette permettraient souvent d'interdire l'entrée au porteur de germes. Nous ne connaissons rien il est vrai sur le mode de transmission de la maladie, mais il semble cependant que la muqueuse nasale joue un rôle important dans le coutage.

Enfin chez les malades dit guéris, ou blanchis, on pourrait aisément posséder un moyen de contrôle fidèle.

OBSERVATIONS

Obs. 1.— And... Catherine (18 ans)

Antécédents héréditaires. — Père mort à 80 ans, mère morte à 50 ans, onze enfants, cinq frères, six sœurs.

Aucun cas de lèpre dans les ascendants.

Il y aurait eu deux lépreux dans le village.

Née en Crète.

Début vague en 1923. Chute des sourcils, et des cils, lépromes (nodules) du palais, sans signes généraux. Quelques temps après taches sur les jambes.

En 1923 se forme une tumeur arrondie, mollasse sur le dos du nez, la malade vient en France en juillet 1923 et entre à l'hôpital Saint-Louis.

Traitée au chaulmoogra.

Examen local du 21 septembre 1923. — *Nez :* à droite, ulcération de la cloison vers la partie antérieure avec muqueuse saine, un peu pâle.

A gauche, vaste ulcération à la cloison avec synéchies du cornet inférieur, quelques granulations sur la muqueuse.

Bouche : Ulcération bourgeonnante, pâle, au niveau de la luette empiétant sur le voile ; plus en avant ulcération symétrique de même aspect.

Uulcération en choufleur, sur le bord gingival.

Cavum : quelques ulcérations.

Langue : normale.

Le 10 juillet 1924. — Extrait de la communication de MM. Hudelo et Pierrot :

« Depuis dix mois, tuméfaction indolente, dure, du dos du nez du volume d'une demi-noisette ; a augmenté très lentement de volume, ne ressemble pas à un tubercule lépreux.

Poussées fébriles de dix à quinze jours avec périodes d'apyrexie, huit à vingt jours correspondant à une variation de la tumeur nasale qui devient rouge violacé, luisante.

Examen du nez montre à droite et à gauche des ulcérations de la cloison avec bourgeonnement et adhérences de la muqueuse. Pas de relation entre les fosses nasales et la tumeur du dos du nez.

La ponction de la tumeur ramène du liquide séro-purulent contenant des bacilles de Hansen en globies et quelques bacilles isolés et granuleux.

S'agit-il d'une migration des bacilles de la muqueuse nasale par voie lymphatique ? C'est plus vraisemblable. Il n'en est pas moins curieux de relever le caractère suppuratif de la lésion. Son évolution par poussées fébriles, son tarissement facile par de simples ponctions et la défervescence durable après évacuation de la poche. » (Hudelo)

Actuellement : cicatrice blanc nacré, sur le dos du nez, d'aspect lupique, autres cicatrices sur le visage, alopécie de la queue du sourcil et des cils.

Obs. 2.— And... Hélène (17 ans)

Amenée par sa sœur, soignée avec son frère dans le service de M. Hudelo pour la maladie de Hansen. Elle est séparée d'eux depuis deux ans mais ils habitaient ensemble auparavant en Grèce.

Depuis trois mois elle respire mal, a un léger écoulement nasal, mais pas d'épistaxis. L'obstruction nasale serait plus marquée qu'au début, la malade n'accuse pas d'autre signes.

Le nez, semble normal, bien conformé.

Rhinoscopie antérieure : la muqueuse est rosée, un peu pâle. Elle semble infiltrée légèrement au niveau de la tache vasculaire. L'infiltration semble s'arrêter au niveau de la portion osseuse. Les cornets inf. et moyens, bien visibles sont normaux.

La cocaïnisation de la muqueuse de la cloison a peu d'action.

Intrigués par la parenté de la jeune malade, avec deux lépreux, nous avons prélevé un fragment de muqueuse nasale au niveau de l'infiltration et nous avons fait un frottis ; nous avons prélevé du côté opposé du mucus nasal :

dans le frottis : qq. globies ;

dans le mucus : qq. bacilles.

Ayant fait revenir la malade nous avons fait un examen complet. Au niveau de l'avant-bras droit elle présente un placard eczématiforme datant d'un mois et demi environ. Au niveau des mains, de teinte violacée, on constate une légère infiltration, et une diminution de la sensibilité au chaud et au froid.

Après trois ou quatre applications de pommade à l'ichtyol à 40 0/0 et de goudron, la lésion eczémateuse ayant disparu, on constate une tache ovalaire de la grosseur d'une pièce de 5 francs de couleur fauve, deux autres taches, de même couleur sur le bord externe de l'avant-bras, plus petites.

L'insensibilité au toucher est peu nette, mais celle au chaud et au froid très marquée. A la piqûre on observe des réactions irrégulières, et peu nettes, rien au niveau de Nf Cubital.

Sur le corps : dans la région dorsale on constate quelques zones d'insensibilité à la piqûre. Mais il n'y a pas de taches. Les membres inf. sont légèrement violacés. Du côté de la bouche, du pharynx et de la langue, tout nous a paru normal.

Rhinoscopie antérieure : cornets sup. blanchâtres, de forme normale, synéchie de la cloison et des cornets inférieurs vers la partie médiane. Cloison normale ; actuellement muqueuse vernissée, cicatricielle. Bouche, pharynx et larynx normaux. Oreilles normales, audition normale.

Cette malade a été traitée au sulfure d'antimoine colloïdal. Depuis le mois d'octobre elle a eu tous les mois une série de dix injections de 2 c/c intramusculaires.

Actuellement, le 16 juin, elle semble améliorée. L'écoulement nasal est tari, et la respiration est redevenue normale. L'examen ne révèle rien. Au niveau des avant-bras même amélioration. Les tâches et les placards ont disparu. Seule une légère teinte bistre marque l'emplacement de la lésion à droite. A gauche, la sensibilité de la piqûre est normale, et au niveau de la zone bistre sur l'avant-bras droit, seulement la piqûre n'est pas perçue. Etat général excellent.

Obs. 3.— BAL... (51 ANS)

Le 9. 2. 1921.

Fosses nasales : muqueuse pâle, non infiltrée.

Voûte et voile : infiltration s'étendant du rebord alvéolaire.

Ulcération à la portion antérieure de la voûte.

Pharynx : pas de lésions.

Actuellement (Décembre 1924). — *Le nez* est déformé et dévié. Le lobule a disparu. Les narines présentent des brides cicatricielles qui les déforment et en réduisent l'orifice. On y trouve quatre nodules, assez petits, et une large cicatrice violacée à la place du lobule.

On constate un écoulement blanchâtre, muqueux, mêlé de croûtes.

Rhinoscopie antérieure : la cloison est déviée ; épaissie, au niveau du cartilage. A droite, la filière nasale est totalement obstruée. *A gauche,* le cornet sup. est réduit à un repli rouge, le cornet moyen semble normal. Le nez est rempli de mucosités blanchâtres.

La bouche est déformée, les lèvres infiltrées, et cette infiltration gagne la peau environnante. Quelques nodules et des cicatrices anciennes, sur la muqueuse labiale, les gencives sont rouges, tuméfiées ; les dents mal soignées et entourées de tartre.

Le palais est normal, *le voile* présente une masse rouge, de la grosseur d'une amande, avec des varicosités, à la place de la luette ; des brides cicatricielles, rattachent cette masse au palais. La sensibilité à ce niveau ne semble pas avoir disparue et on constate un réflexe nauséeux.

La langue est infiltrée, épaissie, violacée, et présente de nombreuses fissures, quelques plaques, blanc bleuâtre, opalines dans la région médiane, ressemblant à de la leucoplasie.

Le pharynx semble normal, les piliers sont sains, on trouve cependant un petit nodule près du voile, à gauche, sur le pilier antérieur.

Le larynx est touché, la voix enrouée. Le vestibule laryngé est infiltré. L'épiglotte, réduite à un prolongement de la grosseur d'un crayon, de couleur blanc rosé, est irrégulière ; les deux portions latérales ont disparu et son aspect rappelle celui d'un accent circonflexe.

Le tout tapissé de mucosités et le malade tousse fréquemment.

Les oreilles sont comme le visage infiltrées et déformées. On y trouve des cicatrices de nodules anciens et le pavillon est attiré en avant, décollé du crâne.

L'audition est diminuée, ainsi que le montre le tableau suivant :

Montre	Oreille D	Oreille G	Or. normale
Par le crâne.....		0	
Par l'air.....	10 cm	5 cm	30 cm
Diapason			
Weber — Air	20	28	40
Rinne-Schwabac — Os	10	10	20
	plus fort qu'à gauche		
La 435 VD	XVII	XVII	
Champ auditif	32	32	

Il y a des lésions de l'oreille moyenne.
Examen vestibulaire en normal.

Obs. 4.— Cout... Léon (16 ans)

La maladie a débuté vers l'âge de quatre ans, à Mazagan (Maroc) ; sa mère, atteinte de Hansen, s'aperçut que l'enfant avait des taches rouges, larges, arrondies, sur la face, le bras et la cuisse droite, avec des poussées fébriles : l'éruption durait une huitaine de jours, disparaissait, puis reparaissait avec des poussées de température. Le malade ne semble pas avoir eu de rhinite à cette époque. Ces poussées de macules se reproduisent pendant des années, jusqu'à il y a deux ans. La chute des cils et des sourcils daterait de deux ans environ.

Examen. — Aspect infantile dû à ce que le visage est absolument glabre. Pas de cils ni sourcils.

Sur la face, un certain nombre de nodules de la taille d'un pois, de teinte fauve, saillants, quatre ou cinq groupés au-dessous du sillon naso-génien gauche. Plusieurs sur les ailes du nez, deux au menton, aucun aux oreilles. Pas de troubles de la mimique faciale, mais les traits sont quelque peu alourdis, sans œdème. Conjonctives saumonées.

Corps infantile. Aucun signe de puberté, organes génitaux pas développés, verge et testicules infantiles. Larges taches rosées sur le bras, les jambes, (notamment sur le versant externe).

Cicatrices sur le dos du pied droit à la racine des deux premiers orteils : lisses, vernissées consécutives à des ampoules.

Etat violacé, grisâtre, teinte mine de plomb des extrémités, hypertrophie très nette avec induration et aspect moniliforme des deux cubitaux. Pas d'hyperesthésie marquée à la pression.

Atrophie marquée des éminences ténar et hypothénar. Le mouvement d'opposition se fait sans force. Atrophie du 1° add. du Pouce. Légère ébauche de griffe. Le malade ne steppe pas.

Examen de la Sensibilité. — I. *Subjective :* le malade accuse une diminution de la sensibilité au niveau du petit doigt et du bord cubital de la main gauche.

II. *Objective :*

a) Toucher : tête : sensibilité conservée ;

tronc : *id.*

membres : *id.* sauf zone anesthésique de la partie moyenne de la plante des pieds.

b) Douleur : Dans l'ensemble, au niveau des membres très atténuée. Le malade sent qu'on le touche mais ne perçoit pas la douleur, sauf au niveau de la paume de la main.

Face : sensibilité conservée au niveau des tubercules.

Tronc : conservée.

c) Chaud et froid : Membres : troubles considérables ; confond le chaud et le froid; anesthésie complète aux extrémités.

Face et Tronc : conservée.

Il y a deux ans s'est développé sur le dos du nez un premier nodule, qui actuellement a la taille d'un pois ; presque en même temps est apparue la rhinite : un écoulement nasal, clair au début, est devenu plus abondant et s'est épaissi peu à peu depuis un an ; actuellement le malade mouche des croûtes et des mucosités blanc jaunâtre.

Examen Local (Le 7 décembre 1925). — *Le nez :* de chaque côté du lobule, deux petits nodules de couleur gris fauve.

La sous-cloison est infiltrée, épaissie et la muqueuse du septum fait une saillie de chaque coté, la filière nasale est rétrécie : on y voit des croûtes brunâtres ; ces croûtes s'enlèvent facilement et ne sont pas adhérentes à la muqueuse, elles ne provoquent aucun épistaxis, la cloison, au niveau du cartilage est épaissie, infiltrée, ainsi que les parois latérales.

Cornet atrophiés, la cocaïne adrénalinée a peu d'action. La muqueuse est rosée.

Le nez coule le jour, cet écoulement augmente la nuit.

Radio : sinus max. normaux.

Bouche : normale ; pharynx et larynx : normaux ;

Pas de troubles de la voix ;

Examen de Laboratoire. — BH dans le mucus nasal et les larmes.

Nous comptions faire un examen d'oreille, lorsqu'une otite moyenne survenue à la suite d'une rhinopharyngite nous a permis de prendre l'observation suivante :

Le 26 janvier 1926 : Cou... Léon vient à la consultation d'O. L. R. pour un écoulement d'oreille survenu dans la nuit. Il avait commencé à souffrir légèrement de l'oreille gauche le 2 janvier. La douleur s'est accentuée peu à peu, sourde, continue, sans gêne pour la mastication jusqu'à hier. Pas de signes généraux. Un peu de rhinopharyngite. Pas de température (37°7 max.). Dans la nuit du 10 au 11, cessation brusque de la douleur, écoulement par l'oreille.

Examen : conduit normal, enduit de muco-pus filant, sans odeur. Ex. bactériologique : nombreux strepto, pneumo et staphylo.

BH : 0.

Le 13 janvier : Augmentation de l'écoulement. Le pus fait une tache jaune sur le coton placé dans la conque. Pus filant, clair, sans odeur. Légère douleur région mastoïd. à la pression.

Ex. bactériol. strepto-pneumo-staphyl.

BH : 0.

Le 18 janvier : Etat stationnaire, mais légère élévation de la température : 37°9.

Ex. bact. : *id.*

BH : 0.

La température s'élève pendant deux jours jusqu'à 39°, puis retombe à la normale.

Le 21 janvier : Ecoulement presque tari.

Le 27 janvier : Guérison, légère diminution de l'audition par l'air.

En résumé, lésions de la face caractérisées par des nodules et lésions nasales limitées à la cloison presque seulement.

Traité par du sulfure d'antimoine colloïdal, 2 c/c tous les jours par série de 10 injections.

Obs. 5. — Cout... Mère (42 ans)

Décembre 1924.

La malade présente un épaississement du nez et un effondrement du lobule. L'orifice narinaire est affaissé et prend la forme d'un V ouvert en avant. Le bord libre est infiltré et la sous-cloison recouverte de croûtes très adhérentes, brunâtres et sèches, sous lesquelles on trouve une cicatrice rosée, non suintante, à bords irréguliers, s'étendant de la sous-cloison au bord libre de l'orifice.

La malade respire difficilement par le nez. Le côté gauche cependant et plus perméable. Les orifices narinaires se laissent aisément dilater par le spéculum et présentent alors une ouverture normale. La filière nasale est pleine de croûtes verdâtres, dures, d'odeur fade, difficiles à extraire, et qui en certains points font saigner la muqueuse.

Examen des Fosses nasales. — *Rhinoscopie antérieure.* — *a*) La cloison cartilagineuse a disparu. Il existe un orifice

qui s'étend de la sous-cloison, (dont il ne reste qu'un millimètre correspondant au tissu cellulo-fibreux), à la portion osseuse. Le trou a la grandeur d'une pièce d'un franc. Le bord de l'orifice, au niveau de la cloison osseuse, est tuméfié, rouge, avec des points saignant facilement et peu sensibles.

b) Les parois externes sont modifiées :

A gauche : le cornet inférieur a disparu. Il n'en reste qu'un repli correspondant à la portion osseuse, sur lequel on trouve une croûte brunâtre.

Le cornet moyen par contre est hypertrophié, rouge, peu rétractile par la solution cocaïne-adrénaline.

La muqueuse de la paroi externe, rouge violacé avec des placards plus foncés, saigne facilement ; le méat moyen n'est pas visible.

A droite : les cornets inférieur et moyen, atrophiés, subsistent en partie.

La muqueuse de la cloison osseuse de ce côté est plus pâle et tapissée de granulations, très petites, gris jaunâtres, rappelant certaines formes de lupus endonasal.

Rhinoscopie postérieure : L'atrésie du cavum la rend difficile. Il y a cenpendant peu de réflexes sur le voile et la base de la langue.

a) Le bord postérieur de la cloison est épaissi et infiltré au niveau du pied. Les queues de cornet ont disparu, se réduisant à un bourrelet mince appliqué contre la paroi externe.

b) La face inférieure du voile, comme la face supérieure, est tapissée, sur environ les deux-tiers dans la région médiane, de granulations jaunâtres, fauves, sur une muqueuse plus pâle et épaissie, semblables à celles de la muqueuse de la cloison à droite et rappelant également le lupus.

c) La luette déformée est infiltrée, rigide. Le voile a perdu son élasticité ; il est immobile et infiltré.

Examen du Bucco-Pharynx. — L'orifice buccal est déformé. La lèvre supérieure et la région sus-labiale à gauche sont affaissées ; les cicatrices de la commissure gênent la malade qui ne peut ouvrir la bouche normalement ; la muqueuse de la lèvre est sèche, et fendillée, les commissures douloureuses.

La dentition est très abimée. Il ne reste que les dents antérieures, de forme normale, mais déchaussées. Elles remuent. Il y a de la gingivite et un dépôt de tartre sur les racines dénudées.

Le sillon vestibulaire du maxillaire supérieur à gauche a disparu et correspond à l'affaissement de la lèvre de ce côté. Il est

remplacé par une formation bourgeonnante d'aspect typique ; le rebord alvéolaire a disparu, mais une infiltration s'arrête au palais. Le frein de la lèvre supérieure est hypertrophié, bourgeonnant et il pend.

La langue, hypertrophiée, peu mobile, présente au niveau du V lingual cinq nodules gros comme des pois, peu surélevés, bien délimités, dont la teinte rosée et unie tranche sur l'état saburral de la muqueuse. Ces nodules sont peu sensibles.

Dans le tiers antérieur de la langue on trouve trois plaques blanc nacré, adhérentes, vernissées, d'aspect leucoplasique.

On trouve à la face dorsale des petites végétations rosées analogues à celles du voile.

Pharynx : La muqueuse du pharynx est modifiée. Elle est épaissie, infiltrée, plus pâle, tapissée de croûtes peu adhérentes venant du cavum. Elle présente des granulations de la grosseur d'une lentille et jaunâtres.

Les piliers antérieurs ont un aspect normal. Les piliers postérieurs, recouverts de granulations, donnent quand on appuie l'abaisse-langue, la sensation d'une corde tendue.

Cette infiltration de la muqueuse rétrécit les diamètres de la cavité.

La base de la langue est normale, l'amygdale linguale subsiste, mais par contre les loges pharyngées sont vides.

Larynx : L'examen du larynx est difficile. La malade ouvre peu la bouche, gênée par les fissures de commissures labiales. L'hypertrophie de la langue et son peu de mobilité gênent l'introduction du miroir, mais il n'y a pas de réflexes nauséeux.

Epiglotte : Elle est infiltrée, rosée et comme éversée en arrière, recouvrant et masquant l'orifice laryngé. On aperçoit seulement les replis arythénoïdes qui présentent des végétations à petits grains, rosées, d'aspect framboisé, à bords nets, au niveau de l'insertion.

Après cocaïnisation, et en réclinant en avant l'épiglotte, qui donne une sensation cartonneuse, on découvre les cordes, dont seul le tiers postérieur est visible.

Elles sont recouvertes de mucosités blanchâtres, s'accolent mal et ont un aspect framboisé, irrégulier. Leur mobilité est presque normale. En raison du bloquage de l'épiglotte et des végétations des replis arythénoïdes, on ne peut voir la sous-glotte.

Oreille. — *a*) Les pavillons sont infiltrés, les conduits auditifs externes normaux. Les tympans bien visibles sont ternes,

rétractés. Le triangle lumineux a disparu et le manche du marteau, surtout à droite, fait une saillie très marquée.

b) L'audition est diminuée surtout à gauche.

Voici les résultats de l'examen auditif :

Montre	Oreille D	Oreille G	Or. normale
Par l'os		0	12 cm
Par l'air.....	5 cm	0	
Le Weber est latéralisé à gauche			

		Oreille D	Oreille G	Or. normale
Rinne Schwabach	Os	10	20	40
	—	—	—	—
	Air	10	15	20
La 345 VD.....		15" à 10 cm	15" à 3 cm	90"
Champ auditif.....		14 à 64	16 à 64	18 à 64

Ces chiffres signifient :

1° Que l'audition par l'air est réduite et bien inférieure à l'audition normale.

2° Que l'audition par l'os diminuée à droite est cependant presque normale à gauche (20/15).

3° Le champ auditif est réduit pour les sons aigus, plus à droite qu'à gauche.

En résumé il y a une diminution de l'audition due surtout aux lésions de l'oreille moyenne à gauche et aussi à des lésions probables de l'oreille interne.

Examen Vestibulaire. — Nous avons recherché le nystagmus et les vertiges.

a) Il n'y a pas de nystagmus spontané.

b) Les épreuves rotatoires nous donnent un nystagmus immédiat qui dure 30" avec un entrainement peu net. Cependant dans la rotation vers la droite, il y a un léger entrainement vers la droite.

c) Les épreuves caloriques nous donnent un systagmus douteux, un entrainement du côté de l'oreille étudiée, léger et seulement après 300 c/m d'eau à 20° au lieu de 150 environ.

b) La marche, la station debout donnent des résultats normaux.

e) L'excitation galvanique du vestibule est plus fertile en renseignements : alors que chez un individu normal on obtient une

Cet examen vestibulaire indique une hypo-excitabilité.

Obs. 6. — Del... (14 ans)

Janvier 1925.

Il y a deux ans environ le petit malade a eu des épistaxis ; son nez présentait un écoulement au début, gris, blanchâtre. Cette rhinite s'est accentuée. Les épistaxis sont devenus plus fréquentes. Cependant il ne se souvient pas d'avoir eu de céphalée, ni de fièvre, ni d'autres troubles. Il éprouvait des démangeaisons autour de l'orifice narinaire et souillait un mouchoir par jour.

Un mois environ, après le début de ces troubles, sans cause apparente, il a été pris de céphalée assez intense ; son état général s'est modifié, au point que l'abattement et la fatigue générale l'ont obligé à s'aliter quelques jours ; les épistaxis se sont peu à peu tari, assez rapidement cependant, puisque lorsqu'il s'est levé toute hémoragie nasale avait cessée.

Peu à peu sa vue s'affaiblit, au point que ses parents, inquiets, le conduisent aux Quinze Vingts où, pensant à de la spécificité, on lui fait un traitement de quinby. Aucune amélioration ne se produit et pendant le cours du traitement, vers Novembre

1924, peu de jours après son admission, apparait un petit nodule dans la fossette sus-mentonnière ; cette éruption s'est accompagnée de vives démangeaisons. Ce petit nodule grossit assez rapidement, et un mois après, en décembre environ, une papule apparait vers la joue droite. Les troubles de la vision et du nez s'accroissent. Il entre à Saint-Louis dans le service du docteur Ravaud en Janvier 1925 et le diagnostic de lèpre est porté.

Actuellement : La cécité est presque complète.

Sous la lèvre inférieure, comblant la fossette sus-mentonnière, se trouve un tubercule gros comme une noisette, semblant pédiculé, dont la surface, de teinte légèrement brune, est variqueuse et présente une petie croutelle foncée recouvrant une ulcération rosée.

Sur la joue droite, une grosse papule, plate, de relief peu élevé, à contours polycyclique et fauve.

Sur la région temporo-jugale, du bord de l'orbite aux cheveux s'étale une macule fauve.

De nombreux lépromes boursoufflent les deux joues et la peau du front.

Le nez est infiltré, élargi, le lobule hypertrophié et variqueux. Une large papule fauve sur l'aile droite et la moitié correspondante du lobule accentue la dissymétrie du nez ; la sous-cloison est épaissie, les orifices narinaires sont réduits.

La filière nasale est encombrée de croûtes brunâtres et de mucosités blanchâtres. A droite sur la cloison, au niveau de la tache vasculaire, on voit quelques croûtes minces, rouge brun, dénonçant des épistaxis récentes, dont se plaint d'ailleurs le jeune malade, mais elles sont peu fréquentes. Il accuse aussi quelques démangeaisons : La muqueuse de la cloison est infiltrée, épaissie, mais de couleur normale. On ne voit d'ailleurs que la région antérieure de la cloison cartilagineuse.

A gauche : La filière est plus atrésiée qu'à droite, le cornet inférieur hypertrophié, de couleur normale, s'accole à la cloison. Il y a cependant quelques varicosités à sa surface. La muqueuse est tapissée d'un écoulement blanchâtre, filant, avec quelques croutes, sans odeur ; la cocaïne adrénalinée ayant peu d'action, et le reste de la filière nasale n'est pas visible ; toute manœuvre avec le porte-coton ou le spéculum font saigner les tissus.

A droite : Les muqueuses de la cloison et de la paroi externe sont aussi infiltrées, épaissies. Le cornet inférieur est atrophié et comme à gauche on ne peut voir plus loin.

Le *pharynx,* la *bouche,* la *langue* sont d'aspect normal ; il n'y a aucun trouble de la déglutition ni de la phonation.

Le 2 Décembre

Frottis : de la muqueuse de la sous-cloison : nombreux globies.

Les *oreilles* d'aspect normal sont saines — conduits normaux, tympans normaux —. Audition normale.

Pas de troubles vestibulaires.

Obs. 7.— Ger... Léon (31 ans) Martiniquais

Juin 1926.

Début : Il y a trois mois environ par une tache érythémateuse de la face interne du pied gauche.

Puis paralysie de la jambe gauche.

Il y a un mois : taches et nodules de la face.

Pas de signe de rhinite.

Actuellement : Vient à la consultation(le 14 juin) pour des épistaxis de la narine gauche.

Nez : Le nez est d'aspect normal. Il n'y a pas de lésions, toutefois on constate une légère tuméfaction rouge, de la muqueuse de la cloison, à la partie inférieure.

Au niveau de la tache vasculaire on trouve une ulcération de 3 à 4 millimètres, peu profonde, à bords nets. Elle saigne facilement et même spontanément. Les bords sont légèrement plus rouges, la muqueuse environnante est très hyperhémiée.

Deux cautérisations à l'acide lactique arrêtent les épistaxis en quatre à cinq jours.

Frottis : Bac. de Hansen et globies peu abondants.

Lèvres : La lèvre inférieure normale.

La lèvre supérieure présente à droite un nodule de la dimension de cinquante centimes ; anesthésie à la piqûre, au chaud et au froid.

Pharynx, bouche, larynx : normaux.

Audition : normale. Examen vestibulaire : normal.

Obs. 8.— Laf... (36 ans) Alpes-Maritimes

Juin 1926.

Antécédents héréditaires : Néant. Paraît bien portante. Père mort à 46 ans (accident) ; mère bien portante, 70 ans.

Antécédents collatéraux : Une sœur bien portante, trois frè-

res morts jeunes, deux sœurs mortes dans l'enfance, la malade est la quatrième.

Mariée : Mari bien portant ; est allé il y a vingt ans à Madagascar. Examen mucus nasal (+)

Trois filles : 18, 15 et 12 ans.

Histoire de la maladie : A débuté à l'âge de 10 ans, en 1900, dans le village de Castagnier (Alpes-Maritimes) cloques aux coudes, avec signes généraux. Rien du côté nasal ? L'éruption a duré quinze jours.

Quelques taches.

Plus rien jusqu'en 1910. Eruption de nodules sur le front ; alopécie sourcillière et ciliaire. Le catharre nasal s'est manifesté.

Jetage : obstruction nasale ; mouche des croûtes.

Vers 1912, taches sur le corps (jambes).

En 1915, en mars : accès de fièvre avec frissons. Mauvais état général.

Les accés durent pendant six mois (vers 1916) poussés de laryngite. Aggravation des lésions nasales, obstruction complète. L'audition semble avoir été normale.

En 1918 a été traité par un dépuratif ? Amélioration progressive jusqu'en 1925.

Depuis un an : éruption des taches sur les jambes et sur les bras. Quelques ulcérations qui durent un mois environ puis cicatrisent.

Depuis un mois et demi : obstruction nasale. Anosmie.

Troubles de la sensibilité du pied gauche.

Bouche : Palais normal, joues normales, dentition abimée.

Langue : Rouge, de forme irrégulière à bords dentelés, et comme retractée vers l'axe de l'organe.

Placards de leucoplasie à bord polycycliques et un peu surlevés, on en compte cinq sur les bords.

Sensibilité : normale.

Mobilité : normale.

Pharynx : normal.

Nez : Actuellement cacosmie et quelques croûtes jaunâtres.

Rhinoscopie ant. : Affaissement et légère infiltration du lobule, orifices narinaires normaux, mais élargis transversalement.

Cloison : Grosse perforation de la portion cartilagineuse, de la grosseur de un franc, le bord de la perforation est infiltré et tapissé de croûtes, en avant la sous-cloison est infiltrée, rose-pâle, mollasse.

Le pied de la cloison présente des bourgeons ulcérés saignants.

Les cornets inférieurs sont atrophiés. La muqueuse est sèche, vernissée, tapissée de croûtes jaunâtres, d'odeur fétide, les cornets moyens sont atrophiés, plus pâles et vernissés.

Rhinoscopie post. : Muqueuse de même aspect atrophique.

Pas de réflexe nauséeux ; pas de sensibilité tactile.

Larynx : Infiltration limitée à l'épiglotte qui est de teinte fauve, à muqueuse irrégulière et boursouflée.

Vestibule légèrement infiltré.

Mobilité normale de la glotte. Voix normale.

Ouïe : Pavillon normaux, pas de nodules, pas de troubles de la sensibilité. Tympan légèrement rétracté, coloration normale.

Audition normale.

Pas de troubles vestibulaires.

Obs. 9. — Tar... Pierre (22 ans)

Juillet 1926.

Entré à l'hôpital le 8 mai 1926 avec le diagnostic de lèpre.

Antécédents héréditaires : Né à la Nouvelle Calédonie de parents originaires de Bretagne.

Antécédents collatéraux : Deux frères, trois sœurs, il est le troisième, le plus jeune frère atteint de lèpre. Sa famille étant en contact avec des indigènes dont quelques uns étaient malades.

Antécédents personnels et histoire de la maladie : Rougeole dans l'enfance, grippe à 17 ans.

En 1923 vient en France, rien d'anormal, s'engage dans l'infanterie coloniale. Le 5 octobre 1924. Peu de temps après tombe malade, et entre à l'hôpital pour grippe (Hôpital militaire de Brest) au cours de son hospitalisation il a de fréquents épistaxis, jetage, mouche des croûtes, se brûle en s'approchant du feu (jambe).

En avril 1925 : Retourne à l'hôpital. A ce moment il perd ses cils et sourcils, et a un fort catharre nasal. On lui fait un examen de mucus nasal, et on trouve des globies en abondance. Il est réformé en mai 1925.

En juillet 1925 : Apparition des macules rouges sur les membres inférieurs. Ces éruptions accompagnent des poussées fébriles (38°-39°) durent plusieurs jours, puis diminuent en même temps que les signes généraux s'amendent.

Le malade a de la fièvre vespérale de la céphalée et de l'asthénie.

En octobre 1925 : Apparition des nodosités sur la face, s'accompagnant des poussées fébriles, du jetage, et son nez est obstrué par les croûtes. Pas de troubles visuels mais une gêne et des picotements à l'angle interne des yeux.

Examen du Malade. — *Face :* La peau est pigmentée, fine, sillonnée d'une infinités de petites rides ; le visage est sans expression, comme figé.

Le nez : Déformé en coup de hache.

Alopécie sourcillière et cilière, contrastant avec une chevelure abondante.

On trouve des nodules à la commissure des lèvres, à gauche et sur les joues, sur les paupières. Ils sont indolores, rouges, et mollasses .

Membres supérieurs : On trouve des taches bistres, très discrètes sur la face antérieure des avant-bras.

A gauche, un tubercule peu développé sur le bras, et un ganglion épitrochléen à D.

Le Cubital est épaissi et moniliforme des deux côtés dans la gouttière.

Membres inférieurs : Les teguments sont épaissis, infiltrés, et font au membre des bottes pachydermiques. On trouve des macules rouges, violacées, ovalaires, surtout à la face interne des jambes.

Réflexes : Rotuliens et Achilléens normaux.

Pas de troubles moteurs.

Bouche : Lèvre normales, mais ridées et plissées ; un tubercule à la limite de la lèvre supérieure, pas de moustaches, ni de barbe.

Gencives et Dents normales, caries de la dent de 6 ans et de la deuxième prémolaire, du maxillaire inférieur à gauche, leucoplasie de la face interne des joues.

Langues, pharynx normaux.

Nez : Il est déformé en coup de hache, le lobule est relevé et infiltré, les sillons ont disparu. Nodule sur l'aile gauche. Orifices narinaires infiltrés et épaissis.

Rhinoscopie Ant : A droite synéchie du cornet inférieur à la cloison, rétrécissant la filière nasale.

La muqueuse est d'aspect rosé, la tache vasculaire est recouverte de croutelles brûnatres (le malade a en effet quelques

épitaxis) quelques croûtes brunâtres tâpissent le cornet moyen. Il est peu visible.

A gauche comme à droite synéchie du cornet inférieur et de la cloison, la filière nasale est moins rétrécie qu'à droite. La muqueuse recouvrant la portion cartilagineuse est infiltrée, irrégulière, bosselée, la tache vasculaire est tapissée de croûtes sous lesquels on découvre une petite ulcération, très superficielle, ne saignant pas.

Rhinoscopie post : Cavum bien visible, muqueuse vernissée, quelques croûtes.

Larynx normal.

Reflexe nauséeux marqué, pas d'anèsthesie du voile, sensibilité normale de la langue au chaud et au froid, au salé et à l'amer.

Oreilles : Pavillon normaux.

O. D. : Tympan légèrement rétracté, terne, manche du marteau en saillie ; catharre tubaire secondaire à l'obstruction nasale ; très légère diminution de l'audition pas l'air.

A gauche : normale.

Examen auditif : Audition normale, quoique légèrement diminuée à D.

Examen vestibulaire normal.

Obs. 10.— Rich...

Pas d'antécédents héréditaires de lèpre.

A vécu aux colonies et dans la marine marchande. La maladie a débuté pendant la guerre à la Guyane.

Forme nerveuse : Pas de lésions cutanées.

Nez : Est infiltré et l'orifice narinaire considérablement réduit. Obstruction nasale tenace dont se plaint le malade. La cloison est infiltrée, épaissie, à droite elle présente une ulcération polycyclique, blanchâtre, profonde, au niveau du pied et de la portion antérieure. Le nez est bourré de croûtes, et la filière est très réduite. Synéchies du cornet inférieur et de la partie vomérienne de la cloison.

A gauche: La muqueuse a le même aspect infiltré, fréquentes épistaxis, dans la journée, obstruction complète qui ne permet pas de voir les cornets moyens. Céphalée tenace.

Bouche : Lèvres normales, dents normales, langue normale.

Au niveau de la partie antérieure du palais, près des arcades dentaires, on constate cinq petites érosions de 1 à 3 mm. de diamè-

tre, ovalaires, peu profondes, jaunâtres, granuleuses, d'aspect lupique et dont le malade dit souffrir.

Rien au pharynx, sinon du muco-pus venant du cavum.

Réflexe nauséeux très marqué.

Larynx : Voix légèrement enrouée, aspect normal.

Oreilles : L'audition semble normale ; quelques bourdonnements ; tympans rétractés et ternes ; catharre tubaire, secondaire à la rhinite.

Pas de troubles vestibulaires.

Traitement local du nez ; destruction des Synéchies au galvanocautère et dilatation par un drain en caoutchouc.

Attouchement à l'acide lactique des ulcérations.

Obs. 11.— Shil... Oussie.

Vient du sud de la Russie. La maladie a débuté il y a trois ans. Lésions de la face, nodule, infiltration du visage, alopécie sourcillières, lésions cutanées aux membres supérieur et inférieur. Troubles de la sensibilité. Nodosités sur le trajet du cubital.

Le *nez* très infiltré et hypertophié. Le lobule est augmenté de volume, infiltré, semé de varicosités et de croutelles brunes. Les deux sillons latéraux sont normaux ; les orifices narinaires sont affaissés.

La cloison présente une grosse perforation, de la surface d'une pièce de 1 franc. Le pourtour en est anémique, rose pâle, comme si la muqueuse qui le forme était tendue sur le squelette. Seul le bord du vomer est infiltré, rouge, violacé, sillonné de nombreuses varicosités, saignant facilement au moindre contact.

Les parois externes sont modifiées. A droite, le cornet inférieur est appliqué contre la paroi externe, sa muqueuse est pâle, unie. Le cornet moyen a un aspect normal. A gauche : le cornet inférieur est détruit, la muqueuse du méat est sale, terne, pâle. Le cornet moyen, de grosseur normale, est blanchâtre, desséché, tapissé de croûtelles jaunâtres. Il n'y a pas d'atrésie de la filière nasale et le malade, lorsque les orifices narinaires sont nettoyés de leurs croûtes, peut respirer librement.

Les lèvres qui ont pris une teinte brun fauve, sont fendilles, épaissies, infiltrées. De chaque côté de la région médiane de la lèvre inférieure, on trouve deux gros lépromes surélevés, en forme de haricots, variqueux à leur union avec la muqueuse labiale. Les poils, rares dans cette région, sont recouvertes de croûtes, et ont un aspect rappelant le sycosis. De même la moustache, clair-

semée, irrégulière, est tapissée de croûtes jaunâtres ; les commissures des lèvres sont de couleur plus pâle.

L'examen de la *cavité buccale* nous montre des vestibules normaux, à peine infiltrés ; le frein de la langue est hypertrophié ; les dents sont saines, de forme normale et les gencives en bon état.

La langue hyperthrophiée, épaissie, infiltrée, présente sur sa surface, en avant du V lingual, des fissures et des sillons qui déterminent des saillies entre eux ; un enduit blanc jaunatre, saburral, tapisse la muqueuse ; il est peu adhérent.

Sur la région médiane de la langue on voit une formation surélevée, en chou-fleur, bourgeonnante, rosée, en forme de triangle dont un angle est dirigé en avant et qui occupe environ un tiers de la partie visible de l'organe. Cette tumeur, rose pâle, piquetée d'un semis de granulations brunâtres de la grosseur d'une pointe d'épingle, est divisée en 3 ou 4 lobes.

En arrière vers la base et sur les deux bords de la langue, de chaque côté de la masse en chou-fleur, on aperçoit une petite tumeur de même aspect, grosse comme un pois.

Sur la voûte palatine, dans la région médiane, s'étend une infiltration, qui en avant affleure l'arcade dentaire. Cette infiltration, de couleur plus pâle, polycyclique, piquée de granulations brunes, est surélevée d'environ un demi-millimètre, les contours irréguliers sont nets ; l'ensemble rappelle l'infiltration lupique.

Le *voile*, infiltré et épaissi, a le même aspect que le palais; il a perdu son élasticité. La luette, épaissie, infiltrée, en chou-fleur, blanchâtre, rigide, dirigée en avant, est comme pédiculée par un sillon circulaire à sa base.

Les *piliers antérieurs* de forme normale sont rouges ; les *piliers postérieurs* au contraire, infiltrés, granuleux, sont blanchâtres.

L'abaisse-langue provoque un réflexe nauséeux, de même que l'attouchement du voile.

Le *larynx* présente une grosse infiltration du vestibule ; la muqueuse a l'aspect granuleux.

L'épiglotte, infiltrée, peu mobile, d'aspect rosé, mais irrégulière, est inclinée en arrière, couvrant l'orifice du larynx. La voix est enrouée.

Les oreilles sont déformées, le pavillon paraît décollé et l'infiltration le ramène en avant. La peau est desquamée et rouge.

Les conduits auditifs externes sont normaux, les tympans légèrement rétractés. L'audition est peu diminué ; il n'y a ni bourdonnements ni vertiges.

Alopécie sourcilière et frontale. Inégalité pupillaire.

Face : Coloration fauve de la face, remontant jusqu'au cuir chevelu. Infiltration molle de la peau sillonnée de rides. Nombreux nodules au menton, quelques uns recouverts de croutelles.

Aile et lobule du nez infiltrés et variqueux. L'épiderme s'écaille, et on trouve une petite ulcération, en forme de fissure sur le lobule.

Pavillon de l'oreille : Infiltration localisées au tragus, à l'hélix, au lobule, hypertrophiant les différentes régions du pavillon.

Obs. 12. — Ther... Eugène (53 ans)

Service aux colonies. Guyane 1894. Tonkin 1894-1903. Sénégal 1904. Reste en France depuis 1905.

En 1913, la maladie a débuté à la face par des taches érythémateuses ; traitement suivi depuis 1914 : chaulmoogra en injection et par 150 gouttes par jour ; amélioration.

Aspect général : Lésions de la peau. Aspect sclérodermique des doigts. Atrophie des éminences thénar et hypothénar.

Membre inférieur : Troubles trophiques. Atrophie et sclérodermie ; cicatrices d'ulcères.

Pas de névromes sur le Nerf. Cubital.

Pas de troubles de la sensibilité au tact, au chaud et au froid, sauf anesthésie de la région du cubital.

Réflexes normaux.

Yeux : vision très diminués.

Infiltration de la cornée.

Actuellement : Aspect de la Face normal. Nodule sur le lobule du nez qui est affaissé, la cloison est perforée (environ cinquante centimes), les bords sont rouges vernissées, avec quelques croûtes et varicosités.

A gauche : le cornet supérieur est réduit à une bandelette, le cornet moyen est normal.

A droite : rétrécissement de l'orifice narinaire, par une synéchie du cornet inférieur à la cloison, formant 2 orifices, 1 haut et 1 bas.

Bouche normale, dents saines.

Pharynx et larynx normaux.

Oreilles : pavillons et conduits normaux.

Tympans légèrement rétractés, ternes; saillie du manche ; diminution légère de l'audition, catharre tubaire, bourdonnements par intermittence.

A eu un fils, mort de lèpre, dans le service, en février 1926, âgé de 18 ans.

Obs. 13.— Mme Turl... (50 ans)

La maladie a commencé à la Guadeloupe par des cloques survenant aux jambes à la suite de fourmillements sans signes généraux. Ces poussées de cloques, évoluant en 3 semaines environ, ne laissaient pas de cicatrice.

Il y a 4 ans : elle a commencé à moucher des croûtes ; et du mucos-pus. Elle a eu quelques épistaxis.

Actuellement : La face est déformée, d'aspect léonin.

Le nez est déformé, le lobule est affaissé, la filière nasale, très étroite, est encombrée de croûtes. La malade ne peut respirer par le nez.

La bouche : les lèvres sont infiltrées, coupées, saignant facilement. On y trouve des cicatrices vernissées.

Les gencives sont saines, les dents normales.

La langue présente des cicatrices et de l'hypertrophie papillaire. On y trouve quelques plaques blanc nacré, analogues à celles de la leucoplasie.

Le palais a un aspect lupique ; il présente des ulcérations ovalaires à fond pigmenté, granuleux jaunâtre. Le voile est détruit, les piliers Ant. et Post sont infiltrés, les loges amygdaliennes béantes, sont de teinte plus rouge que l'ensemble des tissus.

Le cavum et le pharynx présentent des brides cicatricielles qui y font des replis transversaux.

Le larynx est atteint, la voix enrouée.

L'Epiglotte est presque complètement détruite, et obture mal l'orifice laryngé, la malade se plaint d'ailleurs d'avaler « de travers » ; ce qui en reste est épaissi, et forme un bourrelet granuleux.

Les arythénoïdes sont très infiltrées, rose pâle, granuleux.

Les cordes ne sont pas visibles.

Vestibule infiltré.

Ex. auditif : manque.

Obs. 14.— Verg... (42 ans)

A 24 ans vient à Paris.

A 26 en 1910, va en Amérique du Sud, près de Buenos-Ayres, revient au bout d'un an à Paris (1911) pour ne plus en sortir, sauf pendant quelques hivers où il va en Italie chez lui.

Rien dans les antécédents personnels ou héréditaires.

Pas de H à sa connaissance dans son entourage.

1917 : Premiers signes : taches cutanées et nodosités apparues rapidement au retour d'Amérique.

Peau insensible à la piqûre et au pincement au niveau des taches et nodules.

Aggravation pendant la guerre.

Abattement.

Prurit.

Céphalée.

En 1923 : Vient consulter.

Examen : Le faciès attire d'emblée l'attention.

On y remarque :

d'une part : les taches pigmentaires (sur le front surtout).

d'autre part : des tubercules avec lésions de grattage surajoutées ; tubercules surtout nombreux sur les sourcils où ils forment un bourrelet. En ce point, une grande partie des poils a disparu.

L'aile du nez, du côté droit surtout, est infiltrée, les oreilnes ne paraissent pas atteintes.

Le menton est lobulé, infiltré par un grand nombre de tubercules plus petits qu'à l'arcade sourcillière. Pas de réacion ganglionnaire, mais il y a à D un gros ganglion mastoïdien roulant sous le doigts, très mobile.

Aux membres sup : taches pig. brun clair irrégulièrement disséminées, très nombreuses, en plus grand nombre semble-t-il sur le côté de l'extension et la face ext. du membre. On trouve un seul tubercule à la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras droit. Le malade signale avoir eu l'an dernier un gros tubercule au coude gauche, qui a disparu. Aux membres inférieurs, lésions moins nombreuses, taches plus marquées à la face antérieure de la cuisse droite.

Aux 2 genoux (face antérieure) cicatrices dues à des brûlures le malade s'étant brûlé sans s'en apercevoir.

A la face post. de la jambe gauche, petite plaie superficielle, non douloureuse de la largeur d'une petite pièce de 2 francs à fond propre, à bords nets, datant de 2 mois.

Sur le thorax et l'Abd : taches beaucoup moins nombreuses Il y a cependant dans le dos une tache assez étendue (un franc) et plusieurs petites taches sur l'Abdomen.

Bouche : Dents saines, langue saine, gencives normales. Muqueuses : toute la face antérieure du voile, piliers, luette, les muqucuses de la voûte palatine présentent des lépromes diffus avec coloration blanchâtre, aspect mamelonné, cicatriciel, la sensibilité tactile semble conservée.

Fosses nasales. Coryza tenace surtout de la narine D; le malade mouche des croutes sanguinolentes.

Cavum et pharynx normaux.

Nez : à gauche obstruction de la filière nasale. Le pied de la cloison est épaissi et la muqueuse est infiltrée. Aspect rose éteint, vernissé.

A droite : Infiltration de la muqueuse au niveau de la cloison.

Quelques croûtes sur la tache vasculaire
Le cornet inf. a disparu, la muqueuse y est atrophiée.
Le cornet moyen blanc, vernissé.
Croûtes.

Larynx : normal ; voix un peu rauque.

Yeux : infiltration superficielle sous forme de pigmenté, occupant la totalité de la cornée gauche et la partie centrale de la cornée à D. Pas d'iritis apparent. Pas d'infection péri-kératique. Pas de lésion du fond de l'œil.

VOD 4/10

VOD 1/10

Réflexes lumineux conservés.

Audition : acuité auditive diminuée à G pendant plusieurs mois, semble normale actuellement.

Nerf : Les 2 cubitaux sont épaissis, on les sent mal dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne. Mais en dessus ils sont épaissis cylindriquement avec nodosités échelonnées et un peu douloureux à palpation.

On ne sent ni Sciatique Poplité externe, ni branches superficielles du plexus cervical.

Douleurs spontanées dans les mains et pieds, brusquement durant 30 à 60 secondes et cessant brusquement.

Sensibilité thermique.

Face : retard de la perception thermique au niveau des lépromes, et de la région frontale.

Anesthésie thermique : région temporo-frontale gauche.

Avant-bras : sensibilité thermique normale.

M. Inférieur : confond chaud et froid.
Retard. des sensations.
Dos. Abdomen :
Perception thermique normale

Sensibilité tactile conservée à la piqûre : mais diminuée au niveau des macules.

Sensibilité à la douleur au niveau des lépromes et des macules. Réflexes rotulien, achilléen et bicipital normaux.

Atrophie des éminences thénar et hypothénar.

Bac. H : nez, voute } en abondance

Salive : 0

Obs. 15.— Youss... Ahmed (29 ans)

Antécédents héréditaires nuls, parents bien portants. Aucun Hansen dans sa famille.

Antécédents personnels : turc d'origine, entré à l'hôpital, le 4 juin 1924.

A quitté Constantinople à 20 ans ; part pour la Légion, passe à Fez, en Algérie, à Saïda. En 1921 retour à Fez où on constate les premiers signes.

Début. — En 1921 : poussées fébriles répétées : Température 40.

Coryza, avec injection conjonctivale et épistaxis.

Quelques taches sur le corps.

En 1922 : tubercules au menton puis à la racine du nez bouche et oreilles.

6 mois après tubercules sur tout le corps, les membres Inf. sont envahis avant les membres sup. Caractère anesthésique des lésions.

Apparition de macules.

A l'heure actuelle. — Déformation du visage par les lépromes.

Bras et Avant-Bras : macules de la grosseur d'une lentille rappelant les cicatrices de Syphilis.

Nodules sur la face dorsale des mains.

Aspect icthyosique de la peau des membres Inférieurs.

Lésions viscérales : Orchite bilatérale, gros noyaux à la queue de l'épididyme.

Testicules atrophiés.

ganglions inguinaux

Troubles nerveux...

Anesthésie à la pression et à la douleur. Au niveau des taches et des tubercules.

Anesthésie thermique segmentaire : complète à l'extrémité des membres, dégradée à mesure qu'on s'élève vers la racine.

Tuméfaction du *cubital :* (gouttière épitrochléenne)
et *du sciatique poplité ext.*
(au niveau de la tête du péroné)

Troubles vaso-moteurs
Peau mince, ridée, bistre.
Alopécie sourcillière et ciliaire.
Maux perforants : pieds, mains.
Atrophie, éminence thénar et hypothénar.

Le nez, épaté, camard, est infiltré au niveau du lobule qui est boursouflé de lépromes de teinte fauve. Les orifices narinaires sont normalement ouverts et on ne constate ni écoulement, ni croûtes.

La cloison est largement perforée. Le pourtour de cette perforation est cicatriciel, blanchâtre, d'aspect sain. La filière nasale, très large, laisse apercevoir la muqueuse du Vomer : elle a un aspect légèrement infiltré.

A gauche : le cornet inférieur a disparu, le cornet moyen est normal.

A droite : même aspect.

Sur le pourtour intersticiel des lèvres et respectant la muqueuse on trouve des nodules brunâtres, confluents par endroit ; les lèvres sont normales et il n'y a pas de lésions aux commissures

La bouche est saine, bien entretenue, les gencives normales, les dents en bon état n'ont aucune lésion, ni aucune déformation.

Le palais présente des cicatrices fauves, striées. On en retrouve de même aspect sur le voile, qui est bridé par un bourrelet blanchâtre, semblant rejoindre la base de la luette.

La luette, rouge, grosse comme un pois est comme étranglée à sa base par un sillon, elle est relevée en avant, le voile est mobile comme à l'état normal.

Les piliers antérieurs sont normaux.

Les piliers postérieurs présentent des granulations sur le bord libre, une de chaque côté ; on trouve en outre un gros nodule, plus foncé sur la région inférieure du Pilier Postérieur Droit.

Le Cavum d'aspect normal est libre.

Les Amygdales sont atrophiées, cryptiques ; les cryptes bourrées d'un enduit blanchâtre.

La muqueuse du pharynx présente une cicatrice brunâtre et 2 nodules dans la région médiane. Le reste est normal.

La base de la langue est tapissée de quelques granulations fauves.

L'épiglotte de couleur franchement fauve, est épaissie, hypertrophiée, mobile, pendant les mouvements du pharynx, elle semble plus molle que normalement et se déforme. Sa couleur tranche nettement sur l'ensemble de la muqueuse.

Le larynx est infiltré au niveau des arythénoïdes qui sont épaissis.

Vestibule infiltré.

Cordes rosées, légèrement épaissies; ont un bord libre régulier.

L'ensemble paraît avoir conservé une souplesse normale.

Voix légèrement voilée.

Oreilles : Le malade se plaint de bourdonnements par intermittences et de variations de l'audition.

Les 2 conduits sont sains, à droite cependant légèrement rétréci dans le diamètre antéro-postérieur.

A droite : tympan rétracté, terne.

A gauche : rétraction plus marqué, le manche fait une saillie très accentuée.

Examen auditif :

Montre	Oreille D	Oreille G	Or. normale
Crâne	0	un peu	
Air	3 cm	5 cm	15
Diapason			
Weber — Air	30	35	40
Rinne-Schwabac — Os	5	20	20
1 à 435 VD	30"	40"	
Champ auditif	17 à 64	18 à 64	18 à 64

Le champ auditif et l'acuité auditive sont donc diminués à droite.

Du côté vestibulaire il n'y a pas de troubles ; pas de vertiges, les bourdonnements sont dus aux lésions de l'oreille moyenne.

CONCLUSIONS

1° La maladie de Hansen, au début, se manifeste presque constamment par la rhinite. C'est une rhinite hypertrophique, s'accompagnant de catharre, et d'epistaxis, et on trouve sur le pied de la cloison une sorte de léprome diffus qui contient des globies.

2° Au point de vue de la morphologie des lésions, on observe les formes suivantes :

Infiltration.

Nodules.

Ulcérations.

Végétations.

Les formes les plus fréquentes sont : l'infiltration (léprome diffus) le nodule et l'ulcération. Cette dernière forme à marche lente, indolore, à guérison quelque fois spontanée est analogue au lupus, et semble respecter la langue.

Les formes végétantes, papillonnateuses au contraire sont rares, et semblent se localiser volontiers sur la langue, simulant soit une gomme syphilitique soit même une néoplasme.

Les dents ne sont pas touchées.

Par ordre de fréquence les régions atteintes se classent ainsi :

Nez (au début)
Voile
Palais
Larynx
Langue
Gencives

Il ne paraît pas y avoir de troubles de l'odorat, tandis que le goût au niveau des lésions semble aboli pour les différents excitants.

L'audition est diminuée par des lésions de l'oreille moyenne, secondaires à celle du cavum.

3° On retrouve presque constamment des bacilles de Hansen, dans les sécrétions nasales, plus fréquemment encore au niveau de la muqueuse de la cloison, qui est le siège d'un léprome diffus et constant.

La lèpre forme dans les tissus des lésions spéciales constituées par :

1° De grandes cellules lépreuses, dérivées de fibroblastes.

2° Dans lesquelles on rencontre de amas de bacilles généralement non groupés en globies.

3° Les tissus sont constitués par des travées ou des boyaux d'aspect xanthomatheux et les vaisseaux sont entourés de nombreux bacilles de Hansen.

Les lésions de muqueuses sont analogues à celles de la peau.

4° La Thérapeutique locale, se résume dans l'emploi des

caustiques dans les formes ulcératives, et dans le traitement des cicatrices, lorsqu'elles provoquent des troubles fonctionels.

Au point de vue prophylactique, l'examen systématique du nez, le grattage de la muqueuse et l'étalement sur lame de verre permettent un diagnostic sûr et précis, d'autre part ces procédés peuvent servir de contrôle de blanchiement de la maladie.

Vu, LE DOYEN :
ROGER

Vu, LE PRÉSIDENT DE THÈSE :
JEANSELME

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

BARANGER ET PIERROT

Au sujet de quelques Cas de Lésions Lépreuses des Voies Respiratoires Supérieures. Arch. Int. de Laryngo, t. V, n° 1, 1926, p. 58.

BARBÉZIEUX

La Lèpre dans les Accidents de la Préléprose. Rev. de Méd., 10 juillet 1912, p. 571.

BERENGRUN

Lepra tuberculosa on the Larynx. Journ. of Laryngo of London. t. XIII, 1898.

BESNIER

Sur la Lèpre : Rôle étiologique. Hérédité, transmissibilité. C. R. A. C. ds Sc., t. 125, 1897, p. 169.

BIGGS

A Case of Leprosy with Involvment... earl, palate, pharynx. Royal Society of Med. of London, Otol Section 19 mai 1911, p. 120.

BŒCK.

Conférence de Bergen, 1909.

BORISH-NILA (M^me^)

Le Sérodiagnostic de la Lèpre : application aux formes frustes de la maladie. Paris 1910, th. médicale, n° 231.

BOUTIN

La Prophylaxie de la Lèpre. Paris 1907, th. médicale.

BUCKLEY

Leprosy recognised by a perforating ulcear of the great toe. Journal of C. D., 1911, p. 175.

GOMÈS

Localisazio da Lepra na mucosa bucco-laryngia. Boletin da Societad braziliena de dermatologica, 1912, page 47.

GONZALÈS JÉSUS

Iconographia de la Lepra oculare, Ann. de la Soc. Mexicaine d'O. R. L. 1924, n° 3, p. 45.

HUDELO ET PIERROT.

Gomme du dos du Nez à bacille de Hansen. Bull. de la Soc. Franç. de Dermatologie, 10 juillet 1924, page 355.

JEANSELME

Etude des localisations du bacille de Hensen dans les divers organes. Presse Médicale, 1900.
1° *Cinquième Congrès Internat. de Dermatologie.*
2° *Presse Médicale,* 8 avril 1899, n° 28.
3° *Presse Médicale,* 8 décembre 1900, n° 101.
4° *Presse Médicale,* 1911, n° 72.
5° *Cytologie et Sérolologie de la Lèpre.* Presse Médicale n° 61, 1912.
6° *Presse Médicale,* n° 84, 1897.
7° *Presse Médicale,* n° 70, 1904.
8° *Presse Médicale,* n° 2, 1901.
9° *La Lutte contre la Lèpre dans l'Indochine française.* Presse Médicale, n° 19, 1901.
10° *Prophylaxie et Lutte antilépreuse.* Presse Médicale,
Prophylaxie de la Lèpre en France. Bull. de la Soc. de Path. Exot., n° 2, 1911.
2° *La Lèpre aux Colonies,* III° Congrès de la Mutualité Coloniale, Constantine, 20 avril 1911.
Pratique Dermatologique, t. III.

JEANSELME ET LAURENS

Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 1897, p. 1048 à 1057.

LEGENDRE

Le Bacille de Hensen dans le Mucus nasal. Bull. de la Soc. de Pathologie Exotique, 1911, p. 24.

LELOIR

Etude Clinique sur la Lèpre de Norvège. C. R. Ac.
Etudes Comparées sur la Lèpre.

LIE

Conférence de Bergen, 1909.

LEMKIN.

Prophylaxie de la Lèpre. Paris, thèse médicale, 1905.

LEREDDE ET PAUTRIER

Diagnostic de la Lèpre par IK. Bull. de la Soc. de Biologie, 1902, p. 115.

MARCHOUX

La Lèpre de nos jours. Rev. Méd. Française, novembre 1923.

Les Bacilles lépreux. C. R. Ac. de Médecine, 1925, 2 décembre.

RAIZIS

Lésions Oculaires, Paris, thèse médicale, 1906.

RUAULT

Examen du Nez et du Larynx d'un Lépreux, Arch. de Laryngo et de Rhinologie, 1887, p. 79.

SABRAZÈS

Bacille de Hansen. Bull. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 1924, 21 novembre.

SIMONELLI

Laryngite lebbroza. Il Policlinica. Sezione Pratica, 1911, 28 mai, p. 694.

STRAZZA

Il Muco Laryngeo nei Leprosi. Arch. Intern. de Specilita, Napoli, 1893, t. IX, p. 37.

TETROP

Un cas de Lèpre Nasobucco-Pharyngée. C. R. Congrès Français d'O. R. L., 1913, 8 mai.

THIEBAULT

Quelques Recherches sur la Valeur comparée du Mucus nasal. Annales de la Soc. Médico-Chir. de l'Indochine, 1911, 11 mai.

VERTEUIL

Bacillus Lepræ in Nasal Mucosus. Canad. Méd. Assoc. Journal, 1912, n° 7.

WANNIER

Otite aiguë moyenne d'un Lépreux. Ann. de Dermatologie, t. IX, 1888. p. 715.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

INTRODUCTION 13
CONSIDERATIONS GENERALES SUR L'EVOLUTION DE LA LEPRE 15

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE CLINIQUE
1° Le Nez 17
2° La Bouche 21
3° Le Pharynx 25
4° Le Larynx 26
5° L'Oreille 29
6° Diagnostic différentiel 32

TROISIÈME PARTIE

BACTERIOLOGIE - PRELEVEMENTS 35
ANATOMIE PATHOLOGIQUE 37

QUATRIÈME PARTIE

THERAPEUTIQUE
a) Locale 40
b) Prophylactique 42

CINQUIÈME PARTIE

OBSERVATIONS 43

SIXIÈME PARTIE

CONCLUSIONS 70
BIBLIOGRAPHIE 73